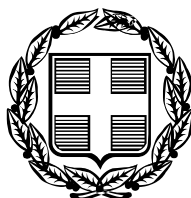


ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΤΕΥΧΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ **Αρ. Φύλλου 174**

13 Φεβρουαρίου 2006

ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ

Αριθ. ΔΙΑΔΠ/Ε/2675

Καθορισμός Διοικητικών Διαδικασιών του Ταμείου Συντάξεως και Αυτασφάλισης Υγειονομικών (Τ.Σ.Α.Υ.), αρμοδιότητας Γενικής Γραμματείας Κοινωνικών Ασφαλίσεων του Υπουργείου Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας και των αντίστοιχων εντύπων τους που διεκπεραιώνονται και μέσω των Κέντρων Εξυπηρέτησης Πολιτών (Κ.Ε.Π.)».

ΟΙ ΥΦΥΠΟΥΡΓΟΙ ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ, ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΣΗΣ - ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις του τελευταίου εδαφίου της παραγράφου 1 του άρθρου 31 του ν. 3013/2002 «Αναβάθμιση της πολιτικής προστασίας και άλλες διατάξεις» ΦΕΚ 102/Α΄/1.5.2002,όπως αντικαταστάθηκε από την παρ. 11 του άρθρου 16 του ν. 3345/2005 (ΦΕΚ138/Α/16.6.2005).

2. Τις διατάξεις του άρθρου 8 του ν. 1599/1986 «Σχέσεις Κράτους – Πολίτη, καθιέρωση νέου τύπου δελτίου ταυτότητας και άλλες διατάξεις» ΦΕΚ 75/Α/11.6.1986, καθώς και την σχετική με τον ανωτέρω νόμο αριθμ. ΔΙΑΔΠ/Α1/18368/1.10.2002/Φ.Ε.Κ.1276 Β΄Απόφαση του Υπουργού Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, σε συνδυασμό με αυτές της παρ. 2 του αρθ. 2 της από 21.12.2001ΠΝΠ(ΦΕΚ/Α/288/21.12.2001) «Αρμοδιότητα των δικαστηρίων σε υποθέσεις αναγκαστικών απαλλοτριώσεων, φορολογικές και τελωνειακές ρυθμίσεις».

3. Τις διατάξεις της παραγράφου 3 του άρθρου 3 του ν. 2690/1999 «Κύρωση του Κώδικα Διοικητικής Διαδικασίας και άλλες διατάξεις» ΦΕΚ 45/Α/9.3.1999.

4. Τις διατάξεις του άρθρου 90 του Κώδικα νομοθεσίας για την Κυβέρνηση και τα κυβερνητικά όργανα, που κυρώθηκε με το άρθρο του π. δ/τος 63 /2005 (Α 98).

5. Τις διατάξεις του άρθρου 5 του ν. 3242/2004 «Ρυθμίσεις για την οργάνωση και λειτουργία της Κυβέρνησης, τη διοικητική διαδικασία και τους Ο.Τ.Α.» (ΦΕΚ 102/Α/2004).

6. Τις διατάξεις της παρ. 1, άρθ.24 του ν. 3200/2003 «Τροποποιήσεις του ν. 1388/1983 Ίδρυση Εθνικού Κέντρου Δημόσιας Διοίκησης. Ίδρυση Εθνικής Σχολής Τοπικής Αυτοδιοίκησης και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 281/Α΄/9.12.2003),με τις οποίες η Γενική Γραμματεία Δημόσιας Διοίκησης μετονομάζεται σε Γενική Γραμματεία Δημόσιας Διοίκησης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης.

7. Την υπ' αριθμ. ΔΙΔΚ/Φ1/2/6139/23.3.2004 απόφαση του Πρωθυπουργού και του Υπουργού Εσωτερικών Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης «Ανάθεση αρμοδιοτήτων στους Υφυπουργούς Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης».

8. Την υπ' αριθμ. 80015/22.4.2004,ΦΕΚ598/τ. Β΄/22.4.2004 απόφαση, όπως τροποποιήθηκε με την υπ' αριθμ. 80045/23.8.2004, ΦΕΚ1293/τ Β/23.8.2004 απόφαση ανάθεσης αρμοδιοτήτων στον Υφυπουργό Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας.

9. Το υπ' αριθμ. 25497/13.12.2005 έγγραφο του Τ.Σ.Α.Υ.

10. Την ανάγκη απλούστευσης των διοικητικών διαδικασιών και γενικότερα βελτίωσης της εξυπηρέτησης και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών προς τον πολίτη.

11. Το γεγονός ότι από την έκδοση της απόφασης αυτής δεν προκαλείται δαπάνη σε βάρος του Κρατικού Προϋπολογισμού, αποφασίζουμε:

Οι πιο κάτω διοικητικές διαδικασίες του Ταμείου Συντάξεως και Αυτασφάλισης Υγειονομικών (Τ.Σ.Α.Υ.), αρμοδιότητας Γενικής Γραμματείας Κοινωνικών Ασφαλίσεων του Υπουργείου Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας να διεκπεραιώνονται και μέσω των Κέντρων Εξυπηρέτησης Πολιτών (Κ.Ε.Π.) κατά την προβλεπόμενη από το άρθρο 31 του ν. 3013/2002 διαδικασία:

Θέματα αρμοδιότητας Γενικής Γραμματείας Κοινωνικών Ασφαλίσεων (Γ.Γ.Κ.Α.):

Τ.Σ.Α.Υ.

Α) ΕΡΓΑΣΙΕΣ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ :

1) Εγγραφή ασφαλισμένου ιατρού εμμίσθου

2) Εγγραφή ασφαλισμένου ιατρού ελευθέρου επαγγελματία

3) Εγγραφή ασφαλισμένου οδοντιάτρου εμμίσθου

4) Εγγραφή ασφαλισμένου οδοντιάτρου ελευθέρου επαγγελματία

5) Εγγραφή ασφαλισμένου φαρμακοποιού εμμίσθου

6) Εγγραφή ασφαλισμένου φαρμακοποιού ελευθέρου επαγγελματία

7) Εγγραφή ασφαλισμένου κτηνιάτρου εμμίσθου

8) Εγγραφή ασφαλισμένου κτηνιάτρου ελευθέρου επαγγελματία

9) Αίτηση έκδοσης βεβαίωσης

10) Αναγνώριση χρόνου στρατιωτικής θητείας με τις διατάξεις του Ν.1358/83

11) Αντικατάσταση απολεσθέντος βιβλιαρίου κλάδων σύνταξης και πρόνοιας

Β) ΕΡΓΑΣΙΕΣ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΣΥΝΤΑΞΕΩΝ

12) Υποβολή αίτησης για συνταξιοδότηση λόγω γήρατος

13) Υποβολή αίτησης για χορήγηση σύνταξης θανάτου και εξόδων κηδείας σε χήρους- χήρες και ορφανά ασφαλισμένων

14) Υποβολή δικαιολογητικών για χορήγηση σύνταξης θανάτου και εξόδων κηδείας σε χήρους- χήρες και ορφανά συνταξιούχων υγειονομικών

15) Υποβολή δικαιολογητικών για χορήγηση σύνταξης ανικανότητας και επιδομάτων συνοδού και τυφλότητας

16) Υποβολή δικαιολογητικών για χορήγηση επιδόματος παραπληγίας

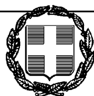
Για τη διευκόλυνση της λειτουργίας των Κ.Ε.Π. και των πολιτών σε κάθε διοικητική διαδικασία αντιστοιχεί ιδιαίτερο έντυπο αίτησης. Τα έντυπα που αντιστοιχούν σε κάθε μια από τις πιο πάνω διαδικασίες επισυνάπτονται στην παρούσα απόφαση, αποτελούν αναπόσπαστο μέρος της και είναι αυτά που θα χρησιμοποιούνται από τα Κ.Ε.Π. και τις καθ' ύλη αρμόδιες υπηρεσίες για τη διευκόλυνσή τους.

Η απόφαση αυτή να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Αθήνα, 8 Φεβρουαρίου 2006

ΟΙ ΥΦΥΠΟΥΡΓΟΙ

ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ, ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΚΑΙ ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΣΗΣ	ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ
ΑΠΟΣΤΟΛΟΣ ΑΝΔΡΕΟΥΛΑΚΟΣ	**ΝΙΚΟΣ ΑΓΓΕΛΟΠΟΥΛΟΣ**



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΤΣΑΥ

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : « ΕΓΓΡΑΦΗ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ ΙΑΤΡΟΥ ΕΜΜΙΣΘΟΥ ».

ΠΡΟΣ:	**ΤΣΑΥ**	**ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ**	**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης[1]:				Τόπος Γέννησης:			
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ[4] (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο και ενώπιον του αρμόδιου υπαλλήλου, απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με βεβαίωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
ΑΠΟΓΡΑΦΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΤΟΥ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ……….(α)	□	□	□
ΔΕΛΤΙΟ ΑΝΑΓΓΕΛΙΑΣ	□	□	□
ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΣΤΟΝ ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΛΛΟΓΟ	□	□	□
ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΕΡΓΟΔΟΤΗ	□	□	□
ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΗΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ	□	□	□
ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΠΤΥΧΙΟΥ (β)	□	□	□
ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΑΔΕΙΑΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ	□	□	□
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: (α) ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ Η ΛΕΞΗ ΙΑΤΡΟΥ. (β) ΟΙ ΠΤΥΧΙΟΥΧΟΙ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΚΟΜΙΖΟΥΝ ΑΝΤΙΓΡΑΦΑ ΤΟΥ ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΟΥ , ΤΗΣ ΜΕΤΑΦΡΑΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΔΙΚΑΤΣΑ , ΟΠΟΥ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ.			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:…………………………………………………………………………………………………
□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο………………………………………………………………..
□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
□ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:………………………………………………………………

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

……………………..20…………..

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:					
Υπηρεσία Υποβολής:					
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**		
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**		
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**		

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
ΑΠΟΓΡΑΦΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΤΟΥ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ……….(α)	□	□	□
ΔΕΛΤΙΟ ΑΝΑΓΓΕΛΙΑΣ	□	□	□
ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΣΤΟΝ ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΛΛΟΓΟ	□	□	□
ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΕΡΓΟΔΟΤΗ	□	□	□
ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΗΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ	□	□	□
ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΠΤΥΧΙΟΥ (β)	□	□	□
ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΑΔΕΙΑΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ	□	□	□
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: **(α) ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ Η ΛΕΞΗ ΙΑΤΡΟΥ.** **(β) ΟΙ ΠΤΥΧΙΟΥΧΟΙ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΚΟΜΙΖΟΥΝ ΑΝΤΙΓΡΑΦΑ ΤΟΥ ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΟΥ , ΤΗΣ ΜΕΤΑΦΡΑΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΔΙΚΑΤΣΑ , ΟΠΟΥ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ.**			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

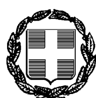
□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:…………………………………………………………………………………………………….
□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο………………………………………………………………..
□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
□ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:………………………………………………………………

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).
ΚΟΣΤΟΣ:
ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΤΣΑΥ

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : « ΕΓΓΡΑΦΗ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ ΙΑΤΡΟΥ ΕΛΕΥΘΕΡΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑ ».

		ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
ΠΡΟΣ:	**ΤΣΑΥ**	*Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία*	

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης(1):			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο και ενώπιον του αρμόδιου υπαλλήλου, απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με βεβαίωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.					
ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
ΑΠΟΓΡΑΦΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΤΟΥ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ……….(α)	□	□	□
ΔΕΛΤΙΟ ΑΝΑΓΓΕΛΙΑΣ	□	□	□
ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΣΤΟΝ ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΛΛΟΓΟ	□	□	□
ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΠΤΥΧΙΟΥ (β)	□	□	□
ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΗΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ	□	□	□
ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΒΕΒΑΙΩΣΗΣ Δ.Ο.Υ. ΓΙΑ ΕΝΑΡΞΗ ΕΛ. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ (γ)	□	□	□
ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΑΔΕΙΑΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ	□	□	□

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:
(α) ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ Η ΛΕΞΗ ΙΑΤΡΟΥ.
(β) ΟΙ ΠΤΥΧΙΟΥΧΟΙ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΚΟΜΙΖΟΥΝ ΑΝΤΙΓΡΑΦΑ ΤΟΥ ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΟΥ , ΤΗΣ ΜΕΤΑΦΡΑΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΔΙΚΑΤΣΑ , ΟΠΟΥ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ.
(γ) ΟΣΟΙ ΑΣΚΟΥΝ ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΣΕ ΕΤΑΙΡΕΊΑ (ΟΕ , ΕΕ, ΕΠΕ , μ. ΕΠΕ , Ή ΑΕ ΝΑ ΑΠΕΥΘΥΝΟΝΤΑΙ ΣΤΟ ΤΣΑΥ ΠΡΟΚΕΙΜΕΝΟΥ ΝΑ ΕΝΗΜΕΡΏΝΟΝΤΑΙ ΓΙΑ ΤΑ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΑ ΚΑΤΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ .

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:………………………………………………………………………………………………………
□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο………………………………………………………………..
□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
□ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:………………………………………………………………

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

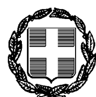
----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

……..……………..20…………..

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:			
Υπηρεσία Υποβολής:			
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
ΑΠΟΓΡΑΦΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΤΟΥ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ……….(α)	☐	☐	☐
ΔΕΛΤΙΟ ΑΝΑΓΓΕΛΙΑΣ	☐	☐	☐
ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΣΤΟΝ ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΛΛΟΓΟ	☐	☐	☐
ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΠΤΥΧΙΟΥ (β)	☐	☐	☐
ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΗΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ	☐	☐	☐
ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΒΕΒΑΙΩΣΗΣ Δ.Ο.Υ. ΓΙΑ ΕΝΑΡΞΗ ΕΛ. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ (γ)	☐	☐	☐
ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΑΔΕΙΑΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ	☐	☐	☐
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: **(α) ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ Η ΛΕΞΗ ΙΑΤΡΟΥ.** **(β) ΟΙ ΠΤΥΧΙΟΥΧΟΙ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΚΟΜΙΖΟΥΝ ΑΝΤΙΓΡΑΦΑ ΤΟΥ ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΟΥ , ΤΗΣ ΜΕΤΑΦΡΑΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΔΙΚΑΤΣΑ , ΟΠΟΥ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ.** **(γ) ΟΣΟΙ ΑΣΚΟΥΝ ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΣΕ ΕΤΑΙΡΕΊΑ (ΟΕ , ΕΕ, ΕΠΕ , μ. ΕΠΕ , Ή ΑΕ ΝΑ ΑΠΕΥΘΥΝΟΝΤΑΙ ΣΤΟ ΤΣΑΥ ΠΡΟΚΕΙΜΕΝΟΥ ΝΑ ΕΝΗΜΕΡΏΝΟΝΤΑΙ ΓΙΑ ΤΑ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΑ ΚΑΤΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ .**			

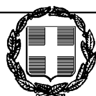
Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:
☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:……………………………………………………………………………………………………   ☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας   ☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο………………………………………………………………..   ☐ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας   ☐ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:………………………………………………………………

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).
ΚΟΣΤΟΣ:
ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΤΣΑΥ

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : « ΕΓΓΡΑΦΗ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΥ ΕΜΜΙΣΘΟΥ »

ΠΡΟΣ:	**ΤΣΑΥ**	**ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ**	**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:					
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:					
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:					
Ημερομηνία γέννησης[(1)]:			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ[(4)] (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο και ενώπιον του αρμόδιου υπαλλήλου, απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με βεβαίωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.					
ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
ΑΠΟΓΡΑΦΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΤΟΥ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ……….(α)	□	□	□
ΔΕΛΤΙΟ ΑΝΑΓΓΕΛΙΑΣ	□	□	□
ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΣΤΟΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΛΛΟΓΟ	□	□	□
ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΕΡΓΟΔΟΤΗ	□	□	□
ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΗΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ	□	□	□
ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΠΤΥΧΙΟΥ (β)	□	□	□
ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΑΔΕΙΑΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ	□	□	□

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:
(α) ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ Η ΛΕΞΗ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΥ.
(β) ΟΙ ΠΤΥΧΙΟΥΧΟΙ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΚΟΜΙΖΟΥΝ ΑΝΤΙΓΡΑΦΑ ΤΟΥ ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΟΥ , ΤΗΣ ΜΕΤΑΦΡΑΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΔΙΚΑΤΣΑ , ΟΠΟΥ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ.

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:……………………………………………………………………………………………………
□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο………………………………………………………………..
□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
□ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:…………………………………………………………………

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

……..……………..20…………..

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:				
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[(3)]
ΑΠΟΓΡΑΦΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΤΟΥ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ……….(α)	□	□	□
ΔΕΛΤΙΟ ΑΝΑΓΓΕΛΙΑΣ	□	□	□
ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΣΤΟΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΛΛΟΓΟ	□	□	□
ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΕΡΓΟΔΟΤΗ	□	□	□
ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΗΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ	□	□	□
ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΠΤΥΧΙΟΥ (β)	□	□	□
ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΑΔΕΙΑΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ	□	□	□

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: **(α) ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ Η ΛΕΞΗ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΥ.**
(β) ΟΙ ΠΤΥΧΙΟΥΧΟΙ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΚΟΜΙΖΟΥΝ ΑΝΤΙΓΡΑΦΑ ΤΟΥ ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΟΥ , ΤΗΣ ΜΕΤΑΦΡΑΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΔΙΚΑΤΣΑ , ΟΠΟΥ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ.

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

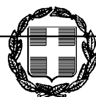
□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη
Διεύθυνση:……………………………………………………………………………………………………
□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο………………………………………………………………..
□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
□ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:………………………………………………………………

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).
ΚΟΣΤΟΣ:
ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΤΣΑΥ

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : « ΕΓΓΡΑΦΗ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΥ ΕΛΕΥΘΕΡΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑ ».

		ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
ΠΡΟΣ:	**ΤΣΑΥ**	*Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία*	

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:				Επώνυμο:			
Όνομα Πατέρα:				Επώνυμο Πατέρα:			
Όνομα Μητέρας:				Επώνυμο Μητέρας:			
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:				Α.Φ.Μ:			
Ημερομηνία γέννησης(1):				Τόπος Γέννησης:			
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο και ενώπιον του αρμόδιου υπαλλήλου, απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με βεβαίωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
ΑΠΟΓΡΑΦΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΤΟΥ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ……….(α)	□	□	□
ΔΕΛΤΙΟ ΑΝΑΓΓΕΛΙΑΣ	□	□	□
ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΣΤΟΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΛΛΟΓΟ	□	□	□
ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΠΤΥΧΙΟΥ (β)	□	□	□
ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΗΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ	□	□	□
ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΒΕΒΑΙΩΣΗΣ Δ.Ο.Υ. ΓΙΑ ΕΝΑΡΞΗ ΕΛ. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ (γ)	□	□	□
ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΑΔΕΙΑΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ	□	□	□

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:
(α) ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ Η ΛΕΞΗ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΥ.
(β) ΟΙ ΠΤΥΧΙΟΥΧΟΙ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΚΟΜΙΖΟΥΝ ΑΝΤΙΓΡΑΦΑ ΤΟΥ ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΟΥ , ΤΗΣ ΜΕΤΑΦΡΑΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΔΙΚΑΤΣΑ , ΟΠΟΥ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ.
(γ) ΟΣΟΙ ΑΣΚΟΥΝ ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΣΕ ΕΤΑΙΡΕΊΑ (ΟΕ , ΕΕ, ΕΠΕ , μ. ΕΠΕ , Ή ΑΕ ΝΑ ΑΠΕΥΘΥΝΟΝΤΑΙ ΣΤΟ ΤΣΑΥ ΠΡΟΚΕΙΜΕΝΟΥ ΝΑ ΕΝΗΜΕΡΏΝΟΝΤΑΙ ΓΙΑ ΤΑ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΑ ΚΑΤΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ .

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:……………………………………………………………………………………………………….
□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο………………………………………………………………..
□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
□ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:………………………………………………………………

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).
ΚΟΣΤΟΣ:
Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

……..…………….20…………..

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:					
Υπηρεσία Υποβολής:					
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**		
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**		
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**		

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
ΑΠΟΓΡΑΦΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΤΟΥ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ……….(α)	□	□	□
ΔΕΛΤΙΟ ΑΝΑΓΓΕΛΙΑΣ	□	□	□
ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΣΤΟΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΛΛΟΓΟ	□	□	□
ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΠΤΥΧΙΟΥ (β)	□	□	□
ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΗΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ	□	□	□
ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΒΕΒΑΙΩΣΗΣ Δ.Ο.Υ. ΓΙΑ ΕΝΑΡΞΗ ΕΛ. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ (γ)	□	□	□
ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΑΔΕΙΑΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ	□	□	□

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:
(α) ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ Η ΛΕΞΗ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΥ.
(β) ΟΙ ΠΤΥΧΙΟΥΧΟΙ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΚΟΜΙΖΟΥΝ ΑΝΤΙΓΡΑΦΑ ΤΟΥ ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΟΥ , ΤΗΣ ΜΕΤΑΦΡΑΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΔΙΚΑΤΣΑ , ΟΠΟΥ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ.
(γ) ΟΣΟΙ ΑΣΚΟΥΝ ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΣΕ ΕΤΑΙΡΕΊΑ (ΟΕ , ΕΕ, ΕΠΕ , μ. ΕΠΕ , Ή ΑΕ ΝΑ ΑΠΕΥΘΥΝΟΝΤΑΙ ΣΤΟ ΤΣΑΥ ΠΡΟΚΕΙΜΕΝΟΥ ΝΑ ΕΝΗΜΕΡΏΝΟΝΤΑΙ ΓΙΑ ΤΑ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΑ ΚΑΤΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ .

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

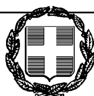
□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:……
□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο………………………………………………………………..
□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
□ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:………………………………………………………………

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).
ΚΟΣΤΟΣ:
ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΤΣΑΥ

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : « ΕΓΓΡΑΦΗ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΥ ΕΜΜΙΣΘΟΥ »

		ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
ΠΡΟΣ:	**ΤΣΑΥ**	*Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία*	

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:					
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:					
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:					
Ημερομηνία γέννησης(1):			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο και ενώπιον του αρμόδιου υπαλλήλου, απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με βεβαίωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.					
ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
ΑΠΟΓΡΑΦΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΤΟΥ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ……….(α)	☐	☐	☐
ΔΕΛΤΙΟ ΑΝΑΓΓΕΛΙΑΣ	☐	☐	☐
ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΠΤΥΧΙΟΥ (β)	☐	☐	☐
ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΕΡΓΟΔΟΤΗ	☐	☐	☐
ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΗΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ	☐	☐	☐
ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΑΔΕΙΑΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ (ΑΝ ΥΠΑΡΧΕΙ)	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: (α) ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ Η ΛΕΞΗ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΥ. (β) ΟΙ ΠΤΥΧΙΟΥΧΟΙ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΚΟΜΙΖΟΥΝ ΑΝΤΙΓΡΑΦΑ ΤΟΥ ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΟΥ , ΤΗΣ ΜΕΤΑΦΡΑΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΔΙΚΑΤΣΑ , ΟΠΟΥ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ.			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:…………………………………………………………………………………………………….
☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο………………………………………………………………..
☐ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
☐ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:………………………………………………………………

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις [2], που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

……..…………….20…………..

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.





ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:				
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
ΑΠΟΓΡΑΦΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΤΟΥ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ……….(α)	☐	☐	☐
ΔΕΛΤΙΟ ΑΝΑΓΓΕΛΙΑΣ	☐	☐	☐
ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΠΤΥΧΙΟΥ (β)	☐	☐	☐
ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΕΡΓΟΔΟΤΗ	☐	☐	☐
ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΗΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ	☐	☐	☐
ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΑΔΕΙΑΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ (ΑΝ ΥΠΑΡΧΕΙ)	☐	☐	☐
	☐	☐	☐

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: **(α) ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ Η ΛΕΞΗ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΥ.**
(β) ΟΙ ΠΤΥΧΙΟΥΧΟΙ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΚΟΜΙΖΟΥΝ ΑΝΤΙΓΡΑΦΑ ΤΟΥ ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΟΥ , ΤΗΣ ΜΕΤΑΦΡΑΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΔΙΚΑΤΣΑ , ΟΠΟΥ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ.

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

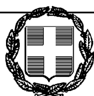
☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη
Διεύθυνση:………………………………………………………………………………………………….
☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο………………………………………………………………..
☐ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
☐ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:………………………………………………………………

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).
ΚΟΣΤΟΣ:
ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΤΣΑΥ

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : « ΕΓΓΡΑΦΗ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΥ ΕΛΕΥΘΕΡΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑ ».

ΠΡΟΣ:	**ΤΣΑΥ**	**ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ**	**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης[1]:			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ[4] (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο και ενώπιον του αρμόδιου υπαλλήλου, απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με βεβαίωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.					
ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
ΑΠΟΓΡΑΦΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΤΟΥ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ……….(α)	☐	☐	☐
ΔΕΛΤΙΟ ΑΝΑΓΓΕΛΙΑΣ	☐	☐	☐
ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΣΤΟΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟ ΣΥΛΛΟΓΟ	☐	☐	☐
ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΠΤΥΧΙΟΥ (β)	☐	☐	☐
ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΗΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ	☐	☐	☐
ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΕΓΚΡΙΣΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ Ή ΣΥΣΤΕΓΑΣΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ Ή ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗΚΗΣ (γ)	☐	☐	☐
ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΑΔΕΙΑΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ	☐	☐	☐

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:
(α) ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ Η ΛΕΞΗ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΥ.
(β) ΟΙ ΠΤΥΧΙΟΥΧΟΙ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΚΟΜΙΖΟΥΝ ΑΝΤΙΓΡΑΦΑ ΤΟΥ ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΟΥ , ΤΗΣ ΜΕΤΑΦΡΑΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΔΙΚΑΤΣΑ , ΟΠΟΥ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ.
(γ) ΟΣΟΙ ΑΣΚΟΥΝ ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΣΕ ΕΤΑΙΡΕΊΑ (ΟΕ , ΕΕ, ΕΠΕ , μ. ΕΠΕ , Ή ΑΕ ΝΑ ΑΠΕΥΘΥΝΟΝΤΑΙ ΣΤΟ ΤΣΑΥ ΠΡΟΚΕΙΜΕΝΟΥ ΝΑ ΕΝΗΜΕΡΏΝΟΝΤΑΙ ΓΙΑ ΤΑ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΑ ΚΑΤΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ .

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:…………………………………………………………………………………………………….
☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο………………………………………………………………..
☐ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
☐ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:…………………………………………………………………

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις [2], που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

……..……………..20…………..

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:				
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
ΑΠΟΓΡΑΦΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΤΟΥ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ……….(α)	□	□	□
ΔΕΛΤΙΟ ΑΝΑΓΓΕΛΙΑΣ	□	□	□
ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΣΤΟΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟ ΣΥΛΛΟΓΟ	□	□	□
ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΠΤΥΧΙΟΥ (β)	□	□	□
ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΗΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ	□	□	□
ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΕΓΚΡΙΣΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ Ή ΣΥΣΤΕΓΑΣΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ Ή ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗΚΗΣ (γ)	□	□	□
ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΑΔΕΙΑΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ	□	□	□

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:
(α) ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ Η ΛΕΞΗ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΥ.
(β) ΟΙ ΠΤΥΧΙΟΥΧΟΙ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΚΟΜΙΖΟΥΝ ΑΝΤΙΓΡΑΦΑ ΤΟΥ ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΟΥ , ΤΗΣ ΜΕΤΑΦΡΑΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΔΙΚΑΤΣΑ , ΟΠΟΥ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ.
(γ) ΟΣΟΙ ΑΣΚΟΥΝ ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΣΕ ΕΤΑΙΡΕΪΑ (ΟΕ , ΕΕ, ΕΠΕ , μ. ΕΠΕ , Ή ΑΕ ΝΑ ΑΠΕΥΘΥΝΟΝΤΑΙ ΣΤΟ ΤΣΑΥ ΠΡΟΚΕΙΜΕΝΟΥ ΝΑ ΕΝΗΜΕΡΏΝΟΝΤΑΙ ΓΙΑ ΤΑ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΑ ΚΑΤΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ .

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

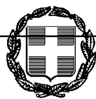
□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη
Διεύθυνση:……………………………………………………………………………………………………….
□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο………………………………………………………………..
□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
□ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:……………………………………………………….……

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).
ΚΟΣΤΟΣ:
ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΤΣΑΥ

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : « ΕΓΓΡΑΦΗ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ ΚΤΗΝΙΑΤΡΟΥ ΕΜΜΙΣΘΟΥ».

ΠΡΟΣ:	**ΤΣΑΥ**	**ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ**	**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης[1]:				Τόπος Γέννησης:			
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ[4] (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο και ενώπιον του αρμόδιου υπαλλήλου, απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με βεβαίωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.					
ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
ΑΠΟΓΡΑΦΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΤΟΥ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ……….(α)	□	□	□
ΔΕΛΤΙΟ ΑΝΑΓΓΕΛΙΑΣ	□	□	□
ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΣΤΟΝ ΚΤΗΝΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΛΛΟΓΟ	□	□	□
ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΕΡΓΟΔΟΤΗ	□	□	□
ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΗΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ	□	□	□
ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΠΤΥΧΙΟΥ (β)	□	□	□
ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΑΔΕΙΑΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ	□	□	□

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: **(α) ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ Η ΛΕΞΗ ΚΤΗΝΙΑΤΡΟΥ.**
(β) ΟΙ ΠΤΥΧΙΟΥΧΟΙ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΚΟΜΙΖΟΥΝ ΑΝΤΙΓΡΑΦΑ ΤΟΥ ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΟΥ , ΤΗΣ ΜΕΤΑΦΡΑΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΔΙΚΑΤΣΑ , ΟΠΟΥ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ.

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:………………………………………………………………………………………………….
□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο………………………………………………………………..
□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
□ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:……………………………………………………………

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

……………………..20…………..

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:				
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
ΑΠΟΓΡΑΦΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΤΟΥ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ……….(α)	☐	☐	☐
ΔΕΛΤΙΟ ΑΝΑΓΓΕΛΙΑΣ	☐	☐	☐
ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΣΤΟΝ ΚΤΗΝΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΛΛΟΓΟ	☐	☐	☐
ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΒΕΒΑΙΩΣΗΣ Δ.Ο.Υ. ΓΙΑ ΕΝΑΡΞΗ ΕΛ. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ Ή ΑΔΕΙΑΣ ΕΜΠΟΡΙΑΣ ΚΤΗΝΙΑΤΡΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΠΤΥΧΙΟΥ (β)	☐	☐	☐
ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΗΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ	☐	☐	☐
ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΒΕΒΑΙΩΣΗΣ Δ.Ο.Υ. ΓΙΑ ΕΝΑΡΞΗ ΕΛ. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ Ή ΑΔΕΙΑΣ ΕΜΠΟΡΙΑΣ ΚΤΗΝΙΑΤΡΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ (γ)	☐	☐	☐
ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΑΔΕΙΑΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ	☐	☐	☐

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:
(α) ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ Η ΛΕΞΗ ΚΤΗΝΙΑΤΡΟΥ.
(β) ΟΙ ΠΤΥΧΙΟΥΧΟΙ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΚΟΜΙΖΟΥΝ ΑΝΤΙΓΡΑΦΑ ΤΟΥ ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΟΥ , ΤΗΣ ΜΕΤΑΦΡΑΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΔΙΚΑΤΣΑ , ΟΠΟΥ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ.
(γ) ΟΣΟΙ ΑΣΚΟΥΝ ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΣΕ ΕΤΑΙΡΕΊΑ (ΟΕ , ΕΕ, ΕΠΕ , μ. ΕΠΕ , Ή ΑΕ ΝΑ ΑΠΕΥΘΥΝΟΝΤΑΙ ΣΤΟ ΤΣΑΥ ΠΡΟΚΕΙΜΕΝΟΥ ΝΑ ΕΝΗΜΕΡΏΝΟΝΤΑΙ ΓΙΑ ΤΑ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΑ ΚΑΤΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ .

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη
Διεύθυνση:…………………………………………………………………………………………………….
☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο………………………………………………………………..
☐ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
☐ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:………………………………………………………………

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΤΣΑΥ

]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ **(άρθρο 8 Ν.1599/1986)**

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : « ΕΓΓΡΑΦΗ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ ΚΤΗΝΙΑΤΡΟΥ ΕΛΕΥΘΕΡΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑ ».

ΠΡΟΣ:	**ΤΣΑΥ**	**ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ**	**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:					
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:					
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:					
Ημερομηνία γέννησης(1):			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		Ε – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο και ενώπιον του αρμόδιου υπαλλήλου, απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με βεβαίωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.					
ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		Ε – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
ΑΠΟΓΡΑΦΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΤΟΥ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ……….(α)	☐	☐	☐
ΔΕΛΤΙΟ ΑΝΑΓΓΕΛΙΑΣ	☐	☐	☐
ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΣΤΟΝ ΚΤΗΝΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΛΛΟΓΟ	☐	☐	☐
ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΒΕΒΑΙΩΣΗΣ Δ.Ο.Υ. ΓΙΑ ΕΝΑΡΞΗ ΕΛ. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ Ή ΑΔΕΙΑΣ ΕΜΠΟΡΙΑΣ ΚΤΗΝΙΑΤΡΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΠΤΥΧΙΟΥ (β)	☐	☐	☐
ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΗΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ	☐	☐	☐
ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΒΕΒΑΙΩΣΗΣ Δ.Ο.Υ. ΓΙΑ ΕΝΑΡΞΗ ΕΛ. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ Ή ΑΔΕΙΑΣ ΕΜΠΟΡΙΑΣ ΚΤΗΝΙΑΤΡΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ (γ)	☐	☐	☐
ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΑΔΕΙΑΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ	☐	☐	☐

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:
(α) ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ Η ΛΕΞΗ ΚΤΗΝΙΑΤΡΟΥ.
(β) ΟΙ ΠΤΥΧΙΟΥΧΟΙ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΚΟΜΙΖΟΥΝ ΑΝΤΙΓΡΑΦΑ ΤΟΥ ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΟΥ , ΤΗΣ ΜΕΤΑΦΡΑΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΔΙΚΑΤΣΑ , ΟΠΟΥ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ.
(γ) ΟΣΟΙ ΑΣΚΟΥΝ ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΣΕ ΕΤΑΙΡΕΊΑ (ΟΕ , ΕΕ, ΕΠΕ , μ. ΕΠΕ , Ή ΑΕ ΝΑ ΑΠΕΥΘΥΝΟΝΤΑΙ ΣΤΟ ΤΣΑΥ ΠΡΟΚΕΙΜΕΝΟΥ ΝΑ ΕΝΗΜΕΡΏΝΟΝΤΑΙ ΓΙΑ ΤΑ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΑ ΚΑΤΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ .

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:……………………………………………………………………………………………………
☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο………………………………………………………………..
☐ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
☐ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:………………………………………………………………

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις [2], που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

……………………..20…………..

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:				
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
ΑΠΟΓΡΑΦΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΤΟΥ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ……….(α)	☐	☐	☐
ΔΕΛΤΙΟ ΑΝΑΓΓΕΛΙΑΣ	☐	☐	☐
ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΣΤΟΝ ΚΤΗΝΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΛΛΟΓΟ	☐	☐	☐
ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΒΕΒΑΙΩΣΗΣ Δ.Ο.Υ. ΓΙΑ ΕΝΑΡΞΗ ΕΛ. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ Ή ΑΔΕΙΑΣ ΕΜΠΟΡΙΑΣ ΚΤΗΝΙΑΤΡΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΠΤΥΧΙΟΥ (β)	☐	☐	☐
ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΗΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ	☐	☐	☐
ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΒΕΒΑΙΩΣΗΣ Δ.Ο.Υ. ΓΙΑ ΕΝΑΡΞΗ ΕΛ. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ Ή ΑΔΕΙΑΣ ΕΜΠΟΡΙΑΣ ΚΤΗΝΙΑΤΡΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ (γ)	☐	☐	☐
ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΑΔΕΙΑΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ	☐	☐	☐

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:
(α) ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ Η ΛΕΞΗ ΚΤΗΝΙΑΤΡΟΥ.
(β) ΟΙ ΠΤΥΧΙΟΥΧΟΙ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΚΟΜΙΖΟΥΝ ΑΝΤΙΓΡΑΦΑ ΤΟΥ ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΟΥ , ΤΗΣ ΜΕΤΑΦΡΑΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΔΙΚΑΤΣΑ , ΟΠΟΥ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ.
(γ) ΟΣΟΙ ΑΣΚΟΥΝ ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΣΕ ΕΤΑΙΡΕΊΑ (ΟΕ , ΕΕ, ΕΠΕ , μ. ΕΠΕ , Ή ΑΕ ΝΑ ΑΠΕΥΘΥΝΟΝΤΑΙ ΣΤΟ ΤΣΑΥ ΠΡΟΚΕΙΜΕΝΟΥ ΝΑ ΕΝΗΜΕΡΏΝΟΝΤΑΙ ΓΙΑ ΤΑ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΑ ΚΑΤΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ .

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:……………………………………………………………………………………………………….
☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο………………………………………………………………..
☐ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
☐ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:……………………………………………………………….

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).
ΚΟΣΤΟΣ:
ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΤΣΑΥ

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : « ΕΚΔΟΣΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗΣ ».

ΠΡΟΣ:	**ΤΣΑΥ**	**ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ**	**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης(1):				Τόπος Γέννησης:			
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο και ενώπιον του αρμόδιου υπαλλήλου, απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με βεβαίωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.					
ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:……………………………………………………………………………………………………….
☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο………………………………………………………………..
☐ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
☐ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:………………………………………………………………

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

Αιτούμαι την έκδοση βεβαίωσης εγγραφής στο ΤΣΑΥ προκειμένου να τη χρησιμοποιήσω στ (α)

ΑΜ Αιτούντος………………..

(α) Συμπληρώνεται η υπηρεσία ή φορέας που θα κατατεθεί η αιτουμένη βεβαίωση .

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

……………………..20…………..

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:				
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΤΣΑΥ

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : « ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΧΡΟΝΟΥ ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΗΣ ΘΗΤΕΙΑΣ ΜΕ ΤΙΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ ΤΟΥ Ν. 1358/83 ».

		ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
ΠΡΟΣ:	**ΤΣΑΥ**	*Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία*	

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:					
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:					
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:					
Ημερομηνία γέννησης[1]:			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ[4] (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο και ενώπιον του αρμόδιου υπαλλήλου, απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με βεβαίωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.					
ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΤΡΑΤΟΛΟΓΙΑΣ ΤΥΠΟΥ Α'	□	□	□
	□	□	□
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:……………………………………………………………………………………………………
□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο………………………………………………………………..
□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
□ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:………………………………………………………………

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις [2], που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

Α .Ζητώ την αναγνώριση του χρόνου της στρατιωτικής θητείας σαν συντάξιμο και

Β. Δεν έχω αναγνωρίσει το χρόνο της στρατιωτικής θητείας σε άλλο φορέα κύριας ασφάλισης ή στο Δημόσιο .

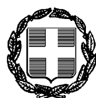
ΑΜ Αιτούντος…………………

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

……………………..20…………..

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:			
Υπηρεσία Υποβολής:			
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΤΡΑΤΟΛΟΓΙΑΣ ΤΥΠΟΥ Α’	□	□	□
	□	□	□
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

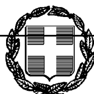
ΚΟΣΤΟΣ:

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΤΣΑΥ

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : « ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΠΟΛΕΣΘΕΝΤΟΣ ΒΙΒΛΙΑΡΙΟΥ ΚΛΑΔΩΝ ΣΥΝΤΑΞΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ».

ΠΡΟΣ:	**ΤΣΑΥ**	**ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ**	**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:					
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:					
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:					
Ημερομηνία γέννησης(1):			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο και ενώπιον του αρμόδιου υπαλλήλου, απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με βεβαίωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
	□	□	□
	□	□	□
	□	□	□
	□	□	□
	□	□	□
	□	□	□
	□	□	□
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:……………………………………………………………………………………………………….
□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο……………………………………………………………….
□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
□ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:……………………………………………………………

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

Απώλεσα το βιβλιάριο κλάδου Σύνταξης και Πρόνοιας , και ζητώ την έκδοση νέου .

ΑΜ αιτούντος…………………..

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

……………………..20…………..

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:					
Υπηρεσία Υποβολής:					
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**		
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**		
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**		

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΤΣΑΥ

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : « Υποβολή αίτησης για συνταξιοδότηση λόγω γήρατος»

ΠΡΟΣ:		**ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ**	**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης[1]:				Τόπος Γέννησης:			
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ[4] (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο και ενώπιον του αρμόδιου υπαλλήλου, απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με βεβαίωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1) Αίτηση	□	□	□
2) Επικυρωμένο αντίγραφο της αστυνομικής ταυτότητας	□	□	□
3) Πιστοποιητικό του οικείου συλλόγου στο οποίο θα βεβαιώνεται η χρονολογία εγγραφής και διαγραφής , ο αριθμός μητρώου του Υγειονομικού καθώς και η πραγματική άσκηση επαγγέλματος από την εγγραφή του μέχρι την διαγραφή του.Αν ο υγειονομικός είχε διατελέσει μέλος περισσοτέρων συλλόγων πρέπει να υποβάλλει πιστοποιητικά από όλους ,εκτός εάν ο τελευταίος σύλλογος αναφέρει την χρονολογία της υπαγωγής στους άλλους συλλόγους .Στο ίδιο πιστοποιητικό θα βεβαιώνεται ότι το πτυχίο έχει κατατεθεί στο αρχείο του συλλόγου.Αν το πτυχίο προέρχεται από την αλλοδαπή απαιτείται βεβαίωση ΔΙΚΑΤΣΑ.(Σε περίπτωση που το πτυχίο δεν είναι κατατεθειμένο στο αρχείο του συλλόγου απαιτείται να προσκομισθεί ή αντίγραφο αυτού ή πιστοποιητικό του πανεπιστημίου ή επικυρωμένες φωτοτυπίες αυτών.	□	□	□
4)Αποδεικτικά ασκήσεως υγειονομικού επαγγέλματος από το 1979 μέχρι του θανάτου.Για τον σκοπό αυτό πρέπει να υποβληθούν: Α) Βιβλία αμοιβών-δαπανών θεωρημένα από την Εφορία ή Β) διπλότυπες αποδείξεις (στελέχη των μπλοκ) ή Γ) στελέχη συνταγολογίων ναρκωτικών ή Δ) υπεύθυνες δηλώσεις του Ν.1599/86 φαρμακοποιών ,για την καταχώρηση συνταγών τους με αύξοντα αριθμό και την χρονολογία καταχωρήσεώς τους ή Ε) αν ο αποθανών ήταν κλινικάρχης , πρέπει να γραφεί τούτο στην αίτηση για συνταξιοδότηση των δικαιούχων μαζί με πιστοποιητικό της Νομαρχίας για τον χρόνο λειτουργίας της κλινικής από την χορήγηση της άδειας μέχρι το θάνατο ΣΤ) πιστοποιητικό υπηρεσιακών μεταβολών εάν ο θανών ήταν έμμισθος Ζ) αν ο αποβιώσας ήταν φαρμακοποιός με δικό του φαρμακείο ,η άσκηση επαγγέλματος αποδεικνύεται μόνο με πιστοποιητικό του Υπουργείου Κοινωνικών υπηρεσιών ή της αρμόδιας Νομαρχίας από το οποίο προκύπτει ο αριθμός και η χρονολογία άδειας ιδρύσεως του φαρμακείου , από πότε άρχισε αυτό να λειτουργεί , αν η άδεια ανακλήθηκε ή το φαρμακείο λειτούργησε συνέχεια μέχρι το θάνατο του φαρμακοποιού.	□	□	□
5)Το ασφαλιστικό βιβλιάριο του αιτούντος.	□	□	□
6) Δήλωση εμμίσθων θέσεων.	□	□	□
7)Δήλωση επιλογής περίθαλψης.	□	□	□
8)Πιστοποιητικό Δημάρχου ή Προέδρου Κοινότητας ή υπεύθυνη δήλωση Ν.1599/86 του ιδίου του ενδιαφερομένου , σχετικά με την οικογενειακή κατάστασή του (αριθμός γάμων,χρονολογία τελέσεώς τους, χρονολογία γεννήσεως παιδιών κλπ.)	□	□	□
9)Αν ο αιτών είναι μονοσυνταξιούχος, πρέπει να υποβάλλει υπεύθυνη δήλωση του Ν.1599/86 στην οποία θα δηλώνει ότι δεν δικαιούται να συνταξιοδοτηθεί από καμία άλλη πηγή πλην του ΤΣΑΥ .Σε περίπτωση που έχει προσδοκία συνταξιοδοτήσεώς , λόγω του ότι υπάρχει εκκρεμής δίκη κλπ.υποχρεούται να το δηλώσει.	□	□	□

10)Οι μέτοχοι σε εταιρεία (ΟΕ,ΕΕ,κλπ) πρέπει να υποβάλλουν και βεβαίωση της εταιρείας ότι παρείχαν τις υπηρεσίες τους χωρίς αμοιβή και από ποια ημερομηνία σταμάτησαν να παρέχουν τις υγειονομικές τους υπηρεσίες στην εταιρεία.	☐	☐	☐
11)Βεβαίωση διακοπής επαγγέλματος από την εφορία για τους ελεύθερους επαγγελματίες.	☐	☐	☐
12)Συμπλήρωση Δελτίου Αναγγελίας (Α.Μ.Κ.Α)	☐	☐	☐
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:……………………………………………………………………………………………………….
☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο………………………………………………………………..
☐ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
☐ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:……………………………………………………………….

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

…….……………..20…………..

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:					
Υπηρεσία Υποβολής:					
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**		
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**		
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**		

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1) Αίτηση	□	□	□
2) Επικυρωμένο αντίγραφο της αστυνομικής ταυτότητας	□	□	□
3) Πιστοποιητικό του οικείου συλλόγου στο οποίο θα βεβαιώνεται η χρονολογία εγγραφής και διαγραφής , ο αριθμός μητρώου του Υγειονομικού καθώς και η πραγματική άσκηση επαγγέλματος από την εγγραφή του μέχρι την διαγραφή του.Αν ο υγειονομικός είχε διατελέσει μέλος περισσοτέρων συλλόγων πρέπει να υποβάλλει πιστοποιητικά από όλους ,εκτός εάν ο τελευταίος σύλλογος αναφέρει την χρονολογία της υπαγωγής στους άλλους συλλόγους .Στο ίδιο πιστοποιητικό θα βεβαιώνεται ότι το πτυχίο έχει κατατεθεί στο αρχείο του συλλόγου.Αν το πτυχίο προέρχεται από την αλλοδαπή απαιτείται βεβαίωση ΔΙΚΑΤΣΑ.(Σε περίπτωση που το πτυχίο δεν είναι κατατεθειμένο στο αρχείο του συλλόγου απαιτείται να προσκομισθεί ή αντίγραφο αυτού ή πιστοποιητικό του πανεπιστημίου ή επικυρωμένες φωτοτυπίες αυτών.	□	□	□
4)Αποδεικτικά ασκήσεως υγειονομικού επαγγέλματος από το 1979 μέχρι του θανάτου.Για τον σκοπό αυτό πρέπει να υποβληθούν: Α) Βιβλία αμοιβών-δαπανών θεωρημένα από την Εφορία ή Β) διπλότυπες αποδείξεις (στελέχη των μπλοκ) ή Γ) στελέχη συνταγολογίων ναρκωτικών ή Δ) υπεύθυνες δηλώσεις του Ν.1599/86 φαρμακοποιών ,για την καταχώρηση συνταγών τους με αύξοντα αριθμό και την χρονολογία καταχωρήσεώς τους ή Ε) αν ο αποθανών ήταν κλινικάρχης , πρέπει να γραφεί τούτο στην αίτηση για συνταξιοδότηση των δικαιούχων μαζί με πιστοποιητικό της Νομαρχίας για τον χρόνο λειτουργίας της κλινικής από την χορήγηση της άδειας μέχρι το θάνατο ΣΤ) πιστοποιητικό υπηρεσιακών μεταβολών εάν ο θανών ήταν έμμισθος Ζ) αν ο αποβιώσας ήταν φαρμακοποιός με δικό του φαρμακείο ,η άσκηση επαγγέλματος αποδεικνύεται μόνο με πιστοποιητικό του Υπουργείου Κοινωνικών υπηρεσιών ή της αρμόδιας Νομαρχίας από το οποίο προκύπτει ο αριθμός και η χρονολογία άδειας ιδρύσεως του φαρμακείου , από πότε άρχισε αυτό να λειτουργεί , αν η άδεια ανακλήθηκε ή το φαρμακείο λειτούργησε συνέχεια μέχρι το θάνατο του φαρμακοποιού.	□	□	□
5)Το ασφαλιστικό βιβλιάριο του αιτούντος.	□	□	□



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

6) Δήλωση εμμίσθων θέσεων.	☐	☐	☐
7)Δήλωση επιλογής περίθαλψης.	☐	☐	☐
8)Πιστοποιητικό Δημάρχου ή Προέδρου Κοινότητας ή υπεύθυνη δήλωση Ν.1599/86 του ιδίου του ενδιαφερομένου , σχετικά με την οικογενειακή κατάστασή του (αριθμός γάμων,χρονολογία τελέσεώς τους, χρονολογία γεννήσεως παιδιών κλπ.)	☐	☐	☐
9)Αν ο αιτών είναι μονοσυνταξιούχος, πρέπει να υποβάλλει υπεύθυνη δήλωση του Ν.1599/86 στην οποία θα δηλώνει ότι δεν δικαιούται να συνταξιοδοτηθεί από καμία άλλη πηγή πλην του ΤΣΑΥ .Σε περίπτωση που έχει προσδοκία συνταξιοδοτήσεώς , λόγω του ότι υπάρχει εκκρεμής δίκη κλπ.υποχρεούται να το δηλώσει.	☐	☐	☐
10)Οι μέτοχοι σε εταιρεία (ΟΕ,ΕΕ,κλπ) πρέπει να υποβάλλουν και βεβαίωση της εταιρείας ότι παρείχαν τις υπηρεσίες τους χωρίς αμοιβή και από ποια ημερομηνία σταμάτησαν να παρέχουν τις υγειονομικές τους υπηρεσίες στην εταιρεία.	☐	☐	☐
11)Βεβαίωση διακοπής επαγγέλματος από την εφορία για τους ελεύθερους επαγγελματίες.	☐	☐	☐
12)Συμπλήρωση Δελτίου Αναγγελίας (Α.Μ.Κ.Α)	☐	☐	☐

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη
Διεύθυνση:……
☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο………………………………………………………………..
☐ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
☐ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:………………………………………………………………

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

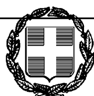
ΚΟΣΤΟΣ:

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΤΣΑΥ

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : « Υποβολή αίτησης για χορήγηση συντάξεως θανάτου και εξόδων κηδείας σε χήρες-χήρους και ορφανά ασφαλισμένων . »

ΠΡΟΣ:	**ΤΣΑΥ**	**ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ**	**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης(1):				Τόπος Γέννησης:			
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο και ενώπιον του αρμόδιου υπαλλήλου, απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με βεβαίωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1) Αίτηση των δικαιούχων.	☐	☐	☐
2) Πιστοποιητικό του οικείου συλλόγου στο οποίο θα βεβαιώνεται η χρονολογία εγγραφής και διαγραφής, ο αριθμός μητρώου του Υγειονομικού , καθώς και η πραγματική άσκηση επαγγέλματος από την εγγραφή του μέχρι την διαγραφή του.Αν ο υγειονομικός είχε διατελέσει μέλος περισσοτέρων συλλόγων πρέπει να υποβάλλει πιστοποιητικά από όλους ,εκτός εάν ο τελευταίος σύλλογος αναφέρει τη χρονολογία της υπαγωγής στους άλλους συλλόγους. Στο ίδιο πιστοποιητικό θα βεβαιώνεται ότι το πτυχίο έχει κατατεθεί στο αρχείο του συλλόγου.Αν το πτυχίο προέρχεται από την αλλοδαπή απαιτείται βεβαίωση ΔΙΚΑΤΣΑ.(Σε περίπτωση που το πτυχίο δεν είναι κατατεθειμένο στο αρχείο του συλλόγου απαιτείται να προσκομισθεί ή αντίγραφο αυτού ή πιστοποιητικό του πανεπιστημίου ή επικυρωμένες φωτοτυπίες αυτών).	☐	☐	☐
3)Αποδεικτικά ασκήσεως υγειονομικού επαγγέλματος από το 1979 μέχρι του θανάτου.Για τον σκοπό αυτό πρέπει να υποβληθούν: Α) Βιβλία αμοιβών-δαπανών θεωρημένα από την Εφορία ή Β) διπλότυπες αποδείξεις (στελέχη των μπλοκ) ή Γ) στελέχη συνταγολογίων ναρκωτικών ή Δ) υπεύθυνες δηλώσεις του Ν.1599/86 φαρμακοποιών για την καταχώρηση συνταγών τους με αύξοντα αριθμό και την χρονολογία καταχωρήσεώς τους ή Ε) αν ο αποθανών ήταν κλινικάρχης , πρέπει να γραφεί τούτο στην αίτηση για συνταξιοδότηση των δικαιούχων μαζί με πιστοποιητικό της Νομαρχίας για τον χρόνο λειτουργίας της κλινικής από την χορήγηση της άδειας μέχρι το θάνατο ΣΤ) πιστοποιητικό υπηρεσιακών μεταβολών εάν ο θανών ήταν έμμισθος Ζ) αν ο αποβιώσας ήταν φαρμακοποιός με δικό του φαρμακείο ,η άσκηση επαγγέλματος αποδεικνύεται μόνο με πιστοποιητικό του Υπουργείου Κοινωνικών υπηρεσιών ή της αρμόδιας Νομαρχίας από το οποίο προκύπτει ο αριθμός και η χρονολογία άδειας ιδρύσεως του φαρμακείου , από πότε άρχισε αυτό να λειτουργεί , αν η άδεια ανακλήθηκε ή το φαρμακείο λειτούργησε συνέχεια μέχρι το θάνατο του φαρμακοποιού.	☐	☐	☐
4)Το ασφαλιστικό βιβλιάριο κλάδου σύνταξης του αποβιώσαντος.	☐	☐	☐
5)Αντίγραφο ληξιαρχικής πράξης θανάτου.	☐	☐	☐
6)Αντίγραφο ληξιαρχικής πράξεως γάμου η πιστοποιητικό της Μητροπόλεως που χορήγησε την άδεια γάμου από το οποίο θα προκύπτει ότι ο γάμος ευλογήθηκε.Αν δεν είναι δυνατό να αποδειχθεί ο γάμος με έναν από τους ανωτέρω τρόπους τότε πρέπει να βεβαιωθεί με δικαστική απόφαση ,στη σχετική δε δίκη πρέπει να κληθεί να παραστεί το ΤΣΑΥ. Η απόφαση που θα εκδοθεί πρέπει να κατατεθεί στο οικείο Ληξιαρχείο, το οποίο θα χορηγήσει ληξιαρχική πράξη γάμου.	☐	☐	☐
7)Πιστοποιητικό Δημάρχου ή Προέδρου Κοινότητας για την οικογενειακή κατάσταση των πλησιεστέρων συγγενών που άφησε ο αποβιώσας.Στο ίδιο πιστοποιητικό θα αναφέρεται ότι ο γάμος του αποβιώσαντος με την χήρα/ο δεν είχε λυθεί μέχρι το θάνατό του και ότι ο/η σύζυγος διατελεί εν χηρεία. Ομοίως , θα αναφέρεται η οικογενειακή κατάσταση (παντρεμένοι ή όχι) των υπολοίπων συγγενών του αποβιώσαντος.	☐	☐	☐

Αν δικαιούχοι συντάξεως είναι ανήλικα αγόρια και κορίτσια κάτω των 18 χρονών πρέπει να υποβληθούν και ληξιαρχικές πράξεις γεννήσεώς τους.Οι φοιτητές-φοιτήτριες εφ΄όσον είναι κάτω των 24 ετών θα υποβάλλουν : α) αίτηση,β) πιστοποιητικά των σχολών που φοιτούν.Σε περίπτωση που φοιτούν στην αλλοδαπή θα πρέπει να υποβάλλουν τα ξενόγλωσσα πιστοποιητικά σπουδών με σφραγίδα APOSTILE (Χάγης)από το Ελληνικό Προξενείο της περιοχής που φοιτούν και μετάφρασή τους από το Υπουργείο Εξωτερικών ή από δικηγόρο γ) επικυρωμένο αντίγραφο της αστυνομικής τους ταυτότητας δ) υπεύθυνη δήλωση του Ν.1599/86 ότι δεν εργάζονται είναι άγαμοι και δεν παίρνουν σύνταξη από ιδία εργασία από άλλη πηγή.	□	□	□
8)Δήλωση εμμίσθων θέσεων (μόνιμες, έκτακτες , επί συμβάσει, κατ΄επίσκεψη κλπ) από το 1979 μέχρι το θάνατό του.	□	□	□
9)Δήλωση επιλογής περίθαλψης των δικαιούχων συντάξεως.	□	□	□
10)Επικυρωμένο αντίγραφο της αστυνομικής ταυτότητας της χήρας (χήρου) ή μπορεί να επικυρωθεί τούτο από την υπηρεσία μας για όσους προσέρχονται αυτοπροσώπως.	□	□	□
11)Υπεύθυνη δήλωση του Ν.1599/86 της χήρας (χήρου) εάν εργάζεται ή εάν παίρνει σύνταξη από προσωπική εργασία.	□	□	□
12)Τιμολόγιο γραφείου τελετών	□	□	□
13)Υπεύθυνη δήλωση του Ν 1599/86 όπου θα δηλώνουν, ότι «δεν έλαβαν,ούτε δικαιούνται να λάβουν έξοδα κηδείας από άλλη πηγή»Αν έλαβαν ή δικαιούνται να λάβουν από άλλη πηγή , πρέπει να προσκομίσουν **βεβαίωση** της πηγής αυτής για το ποσό που τους καταβλήθηκε ή πρόκειται να τους καταβληθεί καθώς και την ανωτέρω υπεύθυνη δήλωση ότι δεν δικαιούνται από άλλη πηγή.	□	□	□
14)Υποβολή Δελτίου Αναγγελίας των δικαιούχων συντάξεως (Α.Μ.Κ.Α)	□	□	□

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: **ΓΙΑ ΤΗΝ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΜΟΝΟ ΕΞΟΔΩΝ ΚΗΔΕΙΑΣ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ Η ΥΠΟΒΟΛΗ ΤΩΝ ΜΕ ΑΡΙΘΜ. 1,3,4,5,8,12,13 ΑΠΟ ΤΑ ΑΝΩΤΕΡΩ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ**

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:……………………………………………………………………………………………………….
□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο……………………………………………………………….
□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
□ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:……………………………………………………………….

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις [2], που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

……..……………..20…………..

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

ΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:				
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1) Αίτηση των δικαιούχων.	□	□	□
2) Πιστοποιητικό του οικείου συλλόγου στο οποίο θα βεβαιώνεται η χρονολογία εγγραφής και διαγραφής, ο αριθμός μητρώου του Υγειονομικού , καθώς και η πραγματική άσκηση επαγγέλματος από την εγγραφή του μέχρι την διαγραφή του.Αν ο υγειονομικός είχε διατελέσει μέλος περισσοτέρων συλλόγων πρέπει να υποβάλλει πιστοποιητικά από όλους ,εκτός εάν ο τελευταίος σύλλογος αναφέρει τη χρονολογία της υπαγωγής στους άλλους συλλόγους. Στο ίδιο πιστοποιητικό θα βεβαιώνεται ότι το πτυχίο έχει κατατεθεί στο αρχείο του συλλόγου.Αν το πτυχίο προέρχεται από την αλλοδαπή απαιτείται βεβαίωση ΔΙΚΑΤΣΑ.(Σε περίπτωση που το πτυχίο δεν είναι κατατεθειμένο στο αρχείο του συλλόγου απαιτείται να προσκομισθεί ή αντίγραφο αυτού ή πιστοποιητικό του πανεπιστημίου ή επικυρωμένες φωτοτυπίες αυτών).	□	□	□
3)Αποδεικτικά ασκήσεως υγειονομικού επαγγέλματος από το 1979 μέχρι του θανάτου.Για τον σκοπό αυτό πρέπει να υποβληθούν: Α) Βιβλία αμοιβών-δαπανών θεωρημένα από την Εφορία ή Β) διπλότυπες αποδείξεις (στελέχη των μπλοκ) ή Γ) στελέχη συνταγολογίων ναρκωτικών ή Δ) υπεύθυνες δηλώσεις του Ν.1599/86 φαρμακοποιών για την καταχώρηση συνταγών τους με αύξοντα αριθμό και την χρονολογία καταχωρήσεώς τους ή Ε) αν ο αποθανών ήταν κλινικάρχης , πρέπει να γραφεί τούτο στην αίτηση για συνταξιοδότηση των δικαιούχων μαζί με πιστοποιητικό της Νομαρχίας για τον χρόνο λειτουργίας της κλινικής από την χορήγηση της άδειας μέχρι το θάνατο	□	□	□



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΣΤ) πιστοποιητικό υπηρεσιακών μεταβολών εάν ο θανών ήταν έμμισθος Ζ) αν ο αποβιώσας ήταν φαρμακοποιός με δικό του φαρμακείο ,η άσκηση επαγγέλματος αποδεικνύεται μόνο με πιστοποιητικό του Υπουργείου Κοινωνικών υπηρεσιών ή της αρμόδιας Νομαρχίας από το οποίο προκύπτει ο αριθμός και η χρονολογία άδειας ιδρύσεως του φαρμακείου , από πότε άρχισε αυτό να λειτουργεί , αν η άδεια ανακλήθηκε ή το φαρμακείο λειτούργησε συνέχεια μέχρι το θάνατο του φαρμακοποιού.			
4)Το ασφαλιστικό βιβλιάριο κλάδου σύνταξης του αποβιώσαντος.	□	□	□
5)Αντίγραφο ληξιαρχικής πράξης θανάτου.	□	□	□
6)Αντίγραφο ληξιαρχικής πράξεως γάμου η πιστοποιητικό της Μητροπόλεως που χορήγησε την άδεια γάμου από το οποίο θα προκύπτει ότι ο γάμος ευλογήθηκε.Αν δεν είναι δυνατό να αποδειχθεί ο γάμος με έναν από τους ανωτέρω τρόπους τότε πρέπει να βεβαιωθεί με δικαστική απόφαση ,στη σχετική δε δίκη πρέπει να κληθεί να παραστεί το ΤΣΑΥ. Η απόφαση που θα εκδοθεί πρέπει να κατατεθεί στο οικείο Ληξιαρχείο, το οποίο θα χορηγήσει ληξιαρχική πράξη γάμου.	□	□	□
7)Πιστοποιητικό Δημάρχου ή Προέδρου Κοινότητας για την οικογενειακή κατάσταση των πλησιεστέρων συγγενών που άφησε ο αποβιώσας.Στο ίδιο πιστοποιητικό θα αναφέρεται ότι ο γάμος του αποβιώσαντος με την χήρα/ο δεν είχε λυθεί μέχρι το θάνατό του και ότι ο/η σύζυγος διατελεί εν χηρεία. Ομοίως , θα αναφέρεται η οικογενειακή κατάσταση (παντρεμένοι ή όχι) των υπολοίπων συγγενών του αποβιώσαντος.	□	□	□
Αν δικαιούχοι συντάξεως είναι ανήλικα αγόρια και κορίτσια κάτω των 18 χρονών πρέπει να υποβληθούν και ληξιαρχικές πράξεις γεννήσεώς τους.Οι φοιτητές-φοιτήτριες εφ΄όσον είναι κάτω των 24 ετών θα υποβάλλουν : α) αίτηση,β) πιστοποιητικά των σχολών που φοιτούν.Σε περίπτωση που φοιτούν στην αλλοδαπή θα πρέπει να υποβάλλουν τα ξενόγλωσσα πιστοποιητικά σπουδών με σφραγίδα APOSTILE (Χάγης)από το Ελληνικό Προξενείο της περιοχής που φοιτούν και μετάφρασή τους από το Υπουργείο Εξωτερικών ή από δικηγόρο γ) επικυρωμένο αντίγραφο της αστυνομικής τους ταυτότητας δ) υπεύθυνη δήλωση του Ν.1599/86 ότι δεν εργάζονται είναι άγαμοι και δεν παίρνουν σύνταξη από ιδία εργασία από άλλη πηγή.	□	□	□
8)Δήλωση εμμίσθων θέσεων (μόνιμες, έκτακτες , επί συμβάσει, κατ΄επίσκεψη κλπ) από το 1979 μέχρι το θάνατό του.	□	□	□
9)Δήλωση επιλογής περίθαλψης των δικαιούχων συντάξεως.	□	□	□
10)Επικυρωμένο αντίγραφο της αστυνομικής ταυτότητας της χήρας (χήρου) ή μπορεί να επικυρωθεί τούτο από την υπηρεσία μας για όσους προσέρχονται αυτοπροσώπως.	□	□	□
11)Υπεύθυνη δήλωση του Ν.1599/86 της χήρας (χήρου) εάν εργάζεται ή εάν παίρνει σύνταξη από προσωπική εργασία.	□	□	□



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

12)Τιμολόγιο γραφείου τελετών	□	□	□
13)Υπεύθυνη δήλωση του Ν 1599/86 όπου θα δηλώνουν, ότι «δεν έλαβαν,ούτε δικαιούνται να λάβουν έξοδα κηδείας από άλλη πηγή»Αν έλαβαν ή δικαιούνται να λάβουν από άλλη πηγή , πρέπει να προσκομίσουν **<u>βεβαίωση</u>** της πηγής αυτής για το ποσό που τους καταβλήθηκε ή πρόκειται να τους καταβληθεί καθώς και την ανωτέρω υπεύθυνη δήλωση ότι δεν δικαιούνται από άλλη πηγή.	□	□	□
14)Υποβολή Δελτίου Αναγγελίας των δικαιούχων συντάξεως (Α.Μ.Κ.Α)	□	□	□

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: **ΓΙΑ ΤΗΝ ΧΟΡΗΓΗΣΗ <u>ΜΟΝΟ</u> ΕΞΟΔΩΝ ΚΗΔΕΙΑΣ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ Η ΥΠΟΒΟΛΗ ΤΩΝ ΜΕ ΑΡΙΘΜ. 1,3,4,5,8,12,13 ΑΠΟ ΤΑ ΑΝΩΤΕΡΩ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ**

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:…………………………………………………………………………………………………
□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο………………………………………………………………..
□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
□ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:………………………………………………………………

ΧΡΟΝΟΣ: Έως   ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

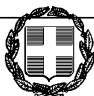
ΚΟΣΤΟΣ:

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΤΣΑΥ

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : **«ΥΠΟΒΟΛΗ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΩΝ ΓΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΣΥΝΤΑΞΕΩΣ ΘΑΝΑΤΟΥ ΚΑΙ ΕΞΟΔΩΝ ΚΗΔΕΙΑΣ ΣΕ ΧΗΡΕΣ-ΧΗΡΟΥΣ ΚΑΙ ΟΡΦΑΝΑ ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΩΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ. ».**

		ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
ΠΡΟΣ:	**ΤΣΑΥ**	*Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία*	

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης(1):			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο και ενώπιον του αρμόδιου υπαλλήλου, απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με βεβαίωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1) Αίτηση	☐	☐	☐
2)Αντίγραφο ληξιαρχικής πράξης θανάτου.	☐	☐	☐
3)Αντίγραφο ληξιαρχικής πράξεως γάμου ή πιστοποιητικό της Μητροπόλεως που χορήγησε την άδεια του γάμου, από την οποία θα προκύπτει ότι ο γάμος τους ευλογήθηκε.Αν δεν είναι δυνατό να αποδειχθεί ο γάμος με ένα από τους ανωτέρω τρόπους , τότε πρέπει να βεβαιωθεί με δικαστική απόφαση, στη σχετική δε δίκη πρέπει να κληθεί να παραστεί το ΤΣΑΥ.Η απόφαση που θα εκδοθεί πρέπει να κατατεθεί στο οικείο ληξιαρχείο, το οποίο θα χορηγήσει ληξιαρχική πράξη γάμου.	☐	☐	☐
4)Πιστοποιητικό Δημάρχου ή Προέδρου Κοινότητας για την οικογενειακή κατάσταση των πλησιεστέρων συγγενών που άφησε ο αποβιώσας.Στο ίδιο πιστοποιητικό θα αναφέρεται ότι ο γάμος του αποβιώσαντος με την χήρα δεν είχε λυθεί μέχρι το θάνατό του και ότι ο/η σύζυγος διατελεί εν χηρεία.Ομοίως , θα αναφέρεται η οικογενειακή κατάσταση (παντρεμένοι ή όχι) των υπολοίπων συγγενών του αποβιώσαντος.	☐	☐	☐
5)Αν δικαιούχοι συντάξεως είναι ανήλικα αγόρια και κορίτσια κάτω των 18 χρονών πρέπει να υποβληθούν και ληξιαρχικές πράξεις γεννήσεώς τους.Οι φοιτητές-φοιτήτριες εφ΄όσον είναι κάτω των 24 ετών θα υποβάλλουν : α) αίτηση,β) πιστοποιητικά των σχολών που φοιτούν.Σε περίπτωση που φοιτούν στην αλλοδαπή θα πρέπει να υποβάλλουν τα ξενόγλωσσα πιστοποιητικά σπουδών με σφραγίδα APOSTILE (Χάγης)από το Ελληνικό Προξενείο της περιοχής που φοιτούν και μετάφρασή τους από το Υπουργείο Εξωτερικών ή από δικηγόρο γ) επικυρωμένο αντίγραφο της αστυνομικής τους ταυτότητας δ) υπεύθυνη δήλωση του Ν1599/86 ότι δεν εργάζονται ,είναι άγαμοι και δεν παίρνουν σύνταξη από ιδία εργασία από άλλη πηγή.	☐	☐	☐
6)Δήλωση επιλογής περίθαλψης των δικαιούχων συντάξεως	☐	☐	☐
7)Υπεύθυνη δήλωση του Ν.1599/86 της χήρας (χήρου) εάν εργάζεται ή εάν παίρνει σύνταξη από προσωπική εργασία, ή λόγω θανάτου του-της συζύγου.	☐	☐	☐
8)Τιμολόγιο γραφείου τελετών	☐	☐	☐
9)Υπεύθυνη δήλωση του Ν 1599/86 όπου θα δηλώνουν ότι « δεν έλαβαν, ούτε δικαιούνται να λάβουν έξοδα κηδείας από άλλη πηγή».Αν έλαβαν ή δικαιούνται να λάβουν από άλλη πηγή , πρέπει να προσκομίσουν βεβαίωση της πηγής αυτής για το ποσό που τους καταβλήθηκε ή πρόκειται να τους καταβληθεί καθώς και την ανωτέρω υπεύθυνη δήλωση ότι δεν δικαιούνται και από άλλη πηγή.	☐	☐	☐
10)Υποβολή δελτίου αναγγελίας των δικαιούχων συντάξεως (Α.Μ.Κ.Α)	☐	☐	☐

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:
Για την χορήγηση εξόδων κηδείας από τα ανωτέρω δικαιολογητικά απαιτείται η υποβολή των στοιχείων με αριθμό 1,2,8 και 9 από τα ανωτέρω

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:………………………………………………………………………………………………
□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο………………………………………………………………..
□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
□ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:…………………………………………………………………

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις [2], που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

……..……………..20…………..

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:				
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1) Αίτηση	□	□	□
2)Αντίγραφο ληξιαρχικής πράξης θανάτου.	□	□	□
3)Αντίγραφο ληξιαρχικής πράξεως γάμου ή πιστοποιητικό της Μητροπόλεως που χορήγησε την άδεια του γάμου, από την οποία θα προκύπτει ότι ο γάμος τους ευλογήθηκε.Αν δεν είναι δυνατό να αποδειχθεί ο γάμος με ένα από τους ανωτέρω τρόπους , τότε πρέπει να βεβαιωθεί με δικαστική απόφαση, στη σχετική δε δίκη πρέπει να κληθεί να παραστεί το ΤΣΑΥ.Η απόφαση που θα εκδοθεί πρέπει να κατατεθεί στο οικείο ληξιαρχείο, το οποίο θα χορηγήσει ληξιαρχική πράξη γάμου.	□	□	□
4)Πιστοποιητικό Δημάρχου ή Προέδρου Κοινότητας για την οικογενειακή κατάσταση των πλησιεστέρων συγγενών που άφησε ο αποβιώσας.Στο ίδιο πιστοποιητικό θα αναφέρεται ότι ο γάμος του αποβιώσαντος με την χήρα δεν είχε λυθεί μέχρι το θάνατό του και ότι ο/η σύζυγος διατελεί εν χηρεία.Ομοίως , θα αναφέρεται η οικογενειακή κατάσταση (παντρεμένοι ή όχι) των υπολοίπων συγγενών του αποβιώσαντος.	□	□	□
5)Αν δικαιούχοι συντάξεως είναι ανήλικα αγόρια και κορίτσια κάτω των 18 χρονών πρέπει να υποβληθούν και ληξιαρχικές πράξεις γεννήσεώς τους.Οι φοιτητές-φοιτήτριες εφ΄όσον είναι κάτω των 24 ετών θα υποβάλλουν : α) αίτηση,β) πιστοποιητικά των σχολών που φοιτούν.Σε περίπτωση που φοιτούν στην αλλοδαπή θα πρέπει να υποβάλλουν τα ξενόγλωσσα πιστοποιητικά σπουδών με σφραγίδα APOSTILE (Χάγης)από το Ελληνικό Προξενείο της περιοχής που φοιτούν και μετάφρασή τους από το Υπουργείο Εξωτερικών ή από δικηγόρο γ) επικυρωμένο αντίγραφο της αστυνομικής τους ταυτότητας δ) υπεύθυνη δήλωση του Ν1599/86 ότι δεν εργάζονται ,είναι άγαμοι και δεν παίρνουν σύνταξη από ιδία εργασία από άλλη πηγή.	□	□	□
6)Δήλωση επιλογής περίθαλψης των δικαιούχων συντάξεως	□	□	□
7)Υπεύθυνη δήλωση του Ν.1599/86 της χήρας (χήρου) εάν εργάζεται ή εάν παίρνει σύνταξη από προσωπική εργασία, ή λόγω θανάτου του-της συζύγου.	□	□	□
8)Τιμολόγιο γραφείου τελετών	□	□	□



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

9)Υπεύθυνη δήλωση του Ν 1599/86 όπου θα δηλώνουν ότι « δεν έλαβαν, ούτε δικαιούνται να λάβουν έξοδα κηδείας από άλλη πηγή».Αν έλαβαν ή δικαιούνται να λάβουν από άλλη πηγή , πρέπει να προσκομίσουν βεβαίωση της πηγής αυτής για το ποσό που τους καταβλήθηκε ή πρόκειται να τους καταβληθεί καθώς και την ανωτέρω υπεύθυνη δήλωση ότι δεν δικαιούνται και από άλλη πηγή.	□	□	□
10)Υποβολή δελτίου αναγγελίας των δικαιούχων συντάξεως (Α.Μ.Κ.Α)	□	□	□

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:
Για την χορήγηση εξόδων κηδείας από τα ανωτέρω δικαιολογητικά απαιτείται η υποβολή των στοιχείων με αριθμό 1,2,8 και 9 από τα ανωτέρω

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:...
□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο..
□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
□ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:..

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

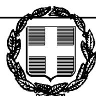
ΚΟΣΤΟΣ:

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΤΣΑΥ

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «**ΥΠΟΒΟΛΗ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΩΝ ΓΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΣΥΝΤΆΞΕΩΣ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΕΠΙΔΟΜΑΤΩΝ ΣΥΝΟΔΟΥ ΚΑΙ ΤΥΦΛΟΤΗΤΑΣ** ».

ΠΡΟΣ:	**ΤΣΑΥ**	**ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ**	**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης[(1)]:				Τόπος Γέννησης:			
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ[(4)] (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο και ενώπιον του αρμόδιου υπαλλήλου, απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με βεβαίωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.					
ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1)Αίτηση	□	□	□
2)Πιστοποιητικό από Δημόσιο Νοσοκομείο από το οποίο να προκύπτει η ανικανότητα για εργασία ,η αδυναμία για αυτοεξυπηρέτηση (για την περίπτωση αιτήματος χορήγησης επιδόματος συνοδού) και στην περίπτωση αιτήσεως χορήγησης επιδόματος τυφλότητας πιστοποιητικό από Δημόσιο Νοσοκομείο από το οποίο να προκύπτει οπτική οξύτητα και των δύο οφθαλμών κάτω του 1/20.	□	□	□
3)Υπεύθυνη δήλωση Ν.1599/86 ότι δεν λαμβάνουν επίδομα από άλλο φορέα.	□	□	□
	□	□	□
	□	□	□
	□	□	□
	□	□	□
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:………………………………………………………………………………………….
□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο…………………………………………………………..
□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
□ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:…………………………………………………….……

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις [2], που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

……..………………..20…………..

(Υπογραφή)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:				
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1)Αίτηση	□	□	□
2)Πιστοποιητικό από Δημόσιο Νοσοκομείο από το οποίο να προκύπτει η ανικανότητα για εργασία ,η αδυναμία για αυτοεξυπηρέτηση (για την περίπτωση αιτήματος χορήγησης επιδόματος συνοδού) και στην περίπτωση αιτήσεως χορήγησης επιδόματος τυφλότητας πιστοποιητικό από Δημόσιο Νοσοκομείο από το οποίο να προκύπτει οπτική οξύτητα και των δύο οφθαλμών κάτω του 1/20.	□	□	□
3)Υπεύθυνη δήλωση Ν.1599/86 ότι δεν λαμβάνουν επίδομα από άλλο φορέα.	□	□	□
	□	□	□
	□	□	□
	□	□	□
	□	□	□
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:……….
□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο………………………………………………………………..
□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
□ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:………………………………………………………………



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

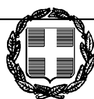
ΚΟΣΤΟΣ:

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΤΣΑΥ

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «ΥΠΟΒΟΛΗ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΩΝ ΓΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΕΠΙΔΟΜΑΤΟΣ ΠΑΡΑΠΛΗΓΙΑΣ ».

ΠΡΟΣ:	**ΤΣΑΥ**	**ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ**	**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:					
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:					
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:					
Ημερομηνία γέννησης[1]:			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ[4] (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο και ενώπιον του αρμόδιου υπαλλήλου, απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με βεβαίωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
Αίτηση	□	□	□
1)Πιστοποιητικό νευρολόγου ή παθολόγου σχετικό με το πρόβλημα υγείας	□	□	□
2)Υπεύθυνη δήλωση Ν.1599/86 ότι δεν λαμβάνουν επίδομα παραπληγίας από άλλο φορέα.	□	□	□
Στην περίπτωση των εν ενεργεία ασφαλισμένων που ζητούν την χορήγηση επιδόματος παραπληγίας για τους ίδιους ή τα μέλη της οικογένειάς τους που πάσχουν από τη νόσο, απαιτούνται πλην των ανωτέρω δικαιολογητικών και :	□	□	□
3)Αποδεικτικά ασκήσεως επαγγέλματος	□	□	□
4)Φωτοτυπία των σελίδων του ασφαλιστικού βιβλιαρίου κλάδου σύνταξης	□	□	□
5)Υποβολή δήλωσης εμμίσθων θέσεων.	□	□	□
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:……………………………………………………………………………………………………
□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο………………………………………………………………..
□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
□ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:…………………………………………………………….…

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις [2], που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

……..……………..20…………..

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269

(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:				
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
Αίτηση	□	□	□
1)Πιστοποιητικό νευρολόγου ή παθολόγου σχετικό με το πρόβλημα υγείας	□	□	□
2)Υπεύθυνη δήλωση Ν.1599/86 ότι δεν λαμβάνουν επίδομα παραπληγίας από άλλο φορέα.	□	□	□
Στην περίπτωση των εν ενεργεία ασφαλισμένων που ζητούν την χορήγηση επιδόματος παραπληγίας για τους ίδιους ή τα μέλη της οικογένειάς τους που πάσχουν από τη νόσο, απαιτούνται πλην των ανωτέρω δικαιολογητικών και :	□	□	□
3)Αποδεικτικά ασκήσεως επαγγέλματος	□	□	□
4)Φωτοτυπία των σελίδων του ασφαλιστικού βιβλιαρίου κλάδου σύνταξης	□	□	□
5)Υποβολή δήλωσης εμμίσθων θέσεων.	□	□	□

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:…………………………………………………………………………………………………….
□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο…………………………………………………………………..
□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
□ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:…………………………………………………………………

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).
ΚΟΣΤΟΣ:
ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝ. ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ

ΤΑΜΕΙΟ
ΣΥΝΤΑΞΕΩΣ ΚΑΙ ΑΥΤΑΣΦΑΛΙΣΕΩΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΜΗΤΡΩΟΥ
Αχαρνών 27 - 104 39 Αθήνα
ΤΗΛ.: 88.32.650

ΔΙΚ. ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΚΛ. ΣΥΝΤ. € 0,59
ΑΡΙΘ. ΑΠΟΔ. ....
ΗΜΕΡ. ΚΑΤΑΒ. ....

ΔΙΚ. ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΚΛ. ΠΡΟΝ. € 0,59
ΑΡΙΘ. ΑΠΟΔ. ....
ΗΜΕΡ. ΚΑΤΑΒ. ....

Α.Μ. |_|_|_|_|_|_|_| |_|*
ΥΠΟΚ/ΜΑ : |_|_|_|_|_|*

Υποχρεώσεις:
Συμμετοχή :
Κ.Π.

ΑΠΟΓΡΑΦΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΤΟΥ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ..............................*

* (Γράφεται η ιδιότητα Ιατρός, Οδοντίατρος, Φαρμακοποιός, Κτηνίατρος)

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ	ΟΔΗΓΙΕΣ
1. ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΕΣ (ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ) — ΛΑΤΙΝΙΚΟΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΕΣ (ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΑΛΛΟΔΑΠΟΥΣ) Επώνυμο γέννησης .... Επώνυμο σημερινό .... Όνομα .... Όνομα πατρός .... Όνομα μητρός .... Επώνυμο συζύγου (ταυτότητας) .... Όνομα συζύγου .... Αριθμός Δελτίου Αστυνομ. Ταυτότ. .... Χρονολογία έκδοσης .... Αρχή που την εξέδωσε .... Χώρα υπηκοότητας .... Αρ. Φορολογικού Μητρώου (ΑΦΜ) .... Αρ. Μητρώου Κοιν. Ασφάλ. (ΑΜΚΑ)	Να συμπληρωθεί με κεφαλαία γράμματα όπως αναγράφονται στην ταυτότητα. Οι λατινικοί χαρακτήρες να αντιγραφούν από επίσημο έγγραφο - Διαβατήριο κ.λπ.
2. ΦΥΛΛΟ ΑΝΔΡΑΣ .... ΓΥΝΑΙΚΑ	Απαντήστε με ΝΑΙ στη σωστή επιλογή.
3. ΧΡΟΝΟΛΟΓΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ Ημέρα |_|_| Μήνας |_|_| Έτος |_|_|_|_| Ενδ. Πλασματικής \[\]* |_|_|* |_|_|* |_|_|*	π.χ. |0|3|1|2|1|9|6|3| *Συμπληρώνεται από τον φορέα
4. ΕΙΣΤΕ: Άγαμος .... Έγγαμος .... Διαζευγμένος .... σε χηρεία	Απαντήστε με ΝΑΙ στη σωστή επιλογή.
5. ΣΕ ΠΟΙΟ ΤΟΠΟ ΓΕΝΝΗΘΗΚΑΤΕ; α) Πόλη / Χωριό .... β) Νομός .... γ) Χώρα	
6. ΣΕ ΠΟΙΟ ΤΟΠΟ ΚΑΤΟΙΚΕΙΤΕ ΜΟΝΙΜΑ; α) Οδός / αριθμός .... β) Πόλη / Χωριό .... Τ.Κ. .... γ) Δήμος / Κοινότητα .... δ) Νομός .... ε) Χώρα .... στ) Τηλέφωνο	
7. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΠΟΥ ΠΗΡΑΤΕ ΤΟ ΔΙΠΛΩΜΑ ΣΑΣ Ημέρα |_|_| Μήνας |_|_| Έτος |_|_|_|_|	π.χ. |0|3|1|2|1|9|6|3|
8. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΠΟΥ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΑΤΕ ΤΟ ΔΙΠΛΩΜΑ ΣΑΣ Ημέρα |_|_| Μήνας |_|_| Έτος |_|_|_|_|	Σε αυτό το ερώτημα απαντάνε μόνο όσοι πήραν δίπλωμα από Πανεπιστήμιο ξένης χώρας.
9. ΠΟΤΕ ΕΓΚΡΙΘΗΚΕ Η ΑΔΕΙΑ ΑΣΚΗΣΕΩΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ ΑΠΟ ΤΗ ΝΟΜΑΡΧΙΑ; Ημέρα |_|_| Μήνας |_|_| Έτος |_|_|_|_|	

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ : ....
....

10. ΑΣΚΗΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ (ΧΩΡΑ) ....

Από |_|_|_|_|_|_|_|_| Μέχρι |_|_|_|_|_|_|_|_|

11. ΑΣΚΗΣΗ ΕΛΕΥΘΕΡΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Από .... Μέχρι ....
Από .... Μέχρι ....
Από .... Μέχρι ....

Πρέπει να προσκομίζεται βεβαίωση αρμόδιας ΔΟΥ για έναρξη ή διακοπή επαγγέλματος καθώς και αντίγραφο των πρώτων ή τελευταίων σελίδων καταχωρήσεων των αποδείξεων παροχής υπηρεσιών του βιβλίου εσόδων - εξόδων.
Οι φαρμακοποιοί να προσκομίσουν ανάκληση φαρμακείου ή και φαρμακαποθήκης.

12. ΟΙ ΕΜΜΙΣΘΟΙ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΙ ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΟΥΝ ΚΑΤΑ ΧΡΟΝΟΛΟΓΙΚΗ ΣΕΙΡΑ ΤΑ ΠΛΗΡΗ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΩΝ ΕΚΑΣΤΟΤΕ ΕΡΓΟΔΟΤΩΝ ΤΟΥΣ.

ΥΠΗΡ. ΥΠΑΙΘΡ. .... από .... μέχρι ....
ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡ. .... » .... » ....
» .... » .... » ....
» .... » .... » ....
» .... » .... » ....
» .... » .... » ....
» .... » .... » ....
» .... » .... » ....
» .... » .... » ....

Προσκομίζονται βεβαιώσεις όλων των εργοδοτών.

13. ΑΝ ΕΧΕΤΕ ΑΣΦΑΛΙΣΘΕΙ ΣΕ ΦΟΡΕΑ ΚΥΡΙΑΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΩΣ ΑΜΕΣΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ Ή ΣΕ ΧΩΡΑ ΤΗΣ Ε.Ε. Ή ΜΕ ΔΙΜΕΡΗ ΣΥΜΒΑΣΗ ΑΝΑΦΕΡΑΤΕ:

Τίτλος Οργανισμού	Χώρα	Από	Μέχρι
....			....
....			....
....			....

14. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟΥ ΓΑΜΟΥ |_|_|_|_|_|_|_|_|

π.χ. |0|3|1|2|1|9|6|3|

15. ΦΥΣΙΚΑ ΠΑΙΔΙΑ

Επώνυμο	Όνομα	Ημερ/νία Γέννησης
....		|_|_|_|_|_|_|_|_|
....		|_|_|_|_|_|_|_|_|
....		|_|_|_|_|_|_|_|_|
....		|_|_|_|_|_|_|_|_|
....		|_|_|_|_|_|_|_|_|

ΔΙΑΚΟΠΕΣ ΧΡΟΝΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Από	Μέχρι	Υπογραφή	Ημερ/νία

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΕΙΣ ΧΡΟΝΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ
(Στρατού, Εξωτερικού κ.λπ.)

Από	Μέχρι	Είδος	Νόμος	Υπογραφή

ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΑΥΤΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Από |_|_|_|_|_|_|_|_| Μέχρι |_|_|_|_|_|_|_|_|

ΧΡΟΝΟΛΟΓΙΑ ΣΥΝΤΑΞΗΣ ΔΕΛΤΙΟΥ |_|_|_|_|_|_|_|_|

(Υπογραφή Ασφαλιζομένου)

Γ.Γ.Κ.Α.
Εθνικό Μητρώο
Κοιν. Ασφάλισης

ΔΕΛΤΙΟ ΑΝΑΓΓΕΛΙΑΣ

Εγγραφής [1] Μεταβολών [2] Απώλειας Κάρτας [3]

Ασφαλισμένου [Α] Συνταξιούχου [Σ]

* α/α	

[1]	ΦΟΡΕΑΣ * ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ		ΚΩΔ* ΙΚΟΣ		ΜΟΝ* ΑΔΑ	

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΡΤΑΣ Κ.Α. — ΑΜΚΑ | | ΑΡΧΙΚΑ (Ε | Ο | Π) | |

Στοιχεία Ταυτότητας: είδος	αριθμός	Χώρα Υπηκοότητας	Κωδ *	Φύλο	Ημερομηνία Γέννησης ηη	μμ	εεεε	Ενδ Πλ.
				Α Θ				Π
Κωδ. Υπουργείου*		ΑΦΜ			* Αντικώδ.			

[2] ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	*Ελληνικοί Χαρακτήρες*	*Λατινικοί Χαρακτήρες*
ΕΠΩΝ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ		
ΕΠΩΝ. ΣΗΜΕΡΙΝΟ		
ΟΝΟΜΑ		
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ		
ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ		
ΕΠΩΝ. ΣΥΖΥΓΟΥ (της ταυτότητας)		
ΟΝΟΜΑ ΣΥΖΥΓΟΥ		

Χώρα Γέννησης	Κωδ.*	Δήμος/Κοινότητα Γέννησης	Κωδ. Νομού

[3] ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ					
Οδός/αριθμ				Τ.Κ.	
Δήμος/Κοιν		Κωδ. Νομού		Τηλ-1	
Χώρα		Κωδ.*		Τηλ-2	

[4] ΑΛΛΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ — Έτος που για πρώτη φορά ασφαλιστήκατε σε φορέα κύριας ασφάλισης ως άμεσα ασφαλισμένος στην Ελλάδα ή σε χώρα της Ευρωπαϊκής Ένωσης ή σε χώρα με διμερή σύμβαση : (*)

Χώρα ασφ/σης στην αλλοδαπή	Κωδ.*	Αριθ. Εθν. Μητρώου	Διεύθυνση στη χώρα της αλλοδαπής

[5] * ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ - ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΗΣΗΣ (συμπληρώνονται από το Φορέα)

ΓΙΑ ΑΣΦ/ΝΟΥΣ ΚΑΙ ΣΥΝΤ/ΧΟΥΣ						ΓΙΑ ΑΣΦ.		ΓΙΑ ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΥΣ		
Κλάδος	Αριθμός Μητρώου στον Κλάδο	Αντικώδ	Ημ/νία Έναρξης [ηη/μμ/εεεε]	Ημ/νία Λήξης [ηη/μμ/εεεε]	Αιτία Λήξ	Ειδ. Καθεστώς	Αυτασφάλιση	Κατηγορία Σύντ.	Χρόνος Ασφ/σης: έτη μήν. ημέρες	ΑΜΚΑ από όπου έλκει το δικαίωμα
			/ /	/ /						
			/ /	/ /						
			/ /	/ /						
			/ /	/ /						
			/ /	/ /						
			/ /	/ /						

Ημ/νία Συμπλήρωσης η η / μ μ / ε ε ε ε

Ο Δηλών / Η Δηλούσα

ΣΥΝΟΠΤΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ ΤΟΥ ΕΝΤΥΠΟΥ

Με το παρόν έντυπο αναγγέλλεται η εγγραφή ενός εργαζομένου στο Φορέα, ή συνταξιοδότηση (εγγραφή στο μητρώο συνταξιούχων) ενός ασφ/νου, οι μεταβολές ή διορθώσεις στοιχείων και τέλος η απώλεια της Κάρτας Κοινωνικής Ασφάλισης.

ΓΕΝΙΚΑ

- Τα στοιχεία που επισημαίνονται με αστερίσκο (*) συμπληρώνονται από τον φορέα.
- Τα αλφαβητικά στοιχεία να είναι ΚΕΦΑΛΑΙΑ, χωρίς συντμήσεις και ομοιοματικά.
- Στον τίτλο του εντύπου κυκλώνεται κατά περίπτωση μία από τις ενδείξεις [1] ή [2] ή [3] καθώς και μία από τις ενδείξεις [Α] ή [Σ], ανάλογα με το είδος της αναγγελίας.
- Στη περίπτωση εγγραφής (κυκλώνεται το [1]), συμπληρώνονται όλα τα γενικά στοιχεία, ενώ τα επιμέρους στοιχεία που αναφέρονται σε ασφαλισμένους ή συνταξιούχους συμπληρώνονται κατά περίπτωση. Ειδικότερα,
    - ◊ Τα στοιχεία της Κάρτας Κ.Α. (δηλ. ο ΑΜΚΑ και τα Αρχικά) συμπληρώνονται εφόσον ο απογραφόμενος διαθέτει ήδη ΑΜΚΑ.
    - ◊ Ο κωδικός Υπουργείου αφορά μόνο τους ασφαλισμένους στο Δημόσιο.
- Στη περίπτωση μεταβολής (κυκλώνεται το [2]), συμπληρώνονται **υποχρεωτικά** τα στοιχεία από τη Κάρτα Κοινωνικής Ασφάλισης (ΑΜΚΑ και Αρχικά) και επί πλέον όσα στοιχεία χρήζουν μεταβολής ή διόρθωσης ή συμπλήρωσης. Ειδικότερα,
    - ◊ Όταν αλλάζει έστω και ένα από τα στοιχεία που συνθέτουν την ημ/νία γέννησης (δηλ. η ημέρα, ο μήνας ή το έτος), τότε πρέπει να δηλώνεται ολόκληρη η πληροφορία της ημ/νίας γέννησης.
    - ◊ Το ίδιο ισχύει για τη διεύθυνση και για κάθε γραμμή από την ενότητα των στοιχείων ασφάλισης / συνταξιοδότησης (που αναφέρεται σε συγκεκριμένο κλάδο ασφάλισης).
- Στη περίπτωση απώλειας κάρτας (κυκλώνεται το [3]), συμπληρώνονται **υποχρεωτικά** τα στοιχεία από τη Κάρτα Κοινωνικής Ασφάλισης (ΑΜΚΑ και Αρχικά).

ΤΡΟΠΟΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ ΔΙΑΦΟΡΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ

- ΑΜΚΑ = Ο αριθμός μητρώου κοινωνικής ασφάλισης (11 αριθμοί)
- ΑΡΧΙΚΑ [ΕΟΠ] = Το πρώτο γράμμα (στα Ελληνικά) από το Επώνυμο, το Όνομα και το Πατρώνυμο, όπως είναι γραμμένα στη Κάρτα κοινωνικής ασφάλισης.
- ΕΙΔΟΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ = Συμπληρώνεται με ένα από τα γράμματα
    - ◊ [Τ] για Ελληνική αστυνομική ταυτότητα
    - ◊ [Σ] για Ελληνική στρατιωτική ταυτότητα
    - ◊ [Δ] για Διαβατήριο
    - ◊ [Α] για άλλη, εκτός των πιο πάνω
- ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ = Αναγράφεται μόνο ο αριθμός και όχι η ημ/νία έκδοσης π.χ. Σ323244
- ΦΥΛΟ = κυκλώνεται το [Α] για τους Ανδρες και το [Θ] για τις Γυναίκες.
- ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ = ο τρόπος συμπλήρωσης δίνεται με παράδειγμα π.χ. η ημ/νία 5 Μαρτίου 1960 γράφεται 05 03 1960.
  Αν η πλήρης ημ/νία γέννησης είναι **διαπιστωμένα** άγνωστη, αλλά είναι γνωστό μόνο το έτος, τότε συμπληρώνεται αντιστοίχως ως ημέρα και μήνας γέννησης η ημέρα και ο μήνας της συμπλήρωσης του Δελτίου Αναγγελίας, και συγχρόνως κυκλώνεται το τετράγωνο [Π] = Πλασματική.
- ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ (ΕΛΛΗΝΙΚΟΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΕΣ) = Συμπληρώνονται από όλους
  (Για τους ξένους υπηκόους αναγράφονται όπως αυτά ακούγονται στα Ελληνικά)
- ΕΠΩΝ. ΣΥΖΥΓΟΥ = Αναγράφεται το επώνυμο της ταυτότητας.
- ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ (ΛΑΤΙΝΙΚΟΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΕΣ) = Συμπληρώνονται **μόνο** από τους αλλοδαπούς που δεν διαθέτουν Ελληνική αστυνομική ταυτότητα.
- ΚΩΔ. ΝΟΜΟΥ = αναφέρεται πάντα σε Νομό της Ελλάδας και συμπληρώνεται με τα τέσσερα πρώτα γράμματα αυτού π.χ. ΑΤΤΙ (για Αττική), ΘΕΣΣ (για Θεσσαλονίκη).
- ΤΗΛΕΦΩΝΟ = αναγράφεται και ο αριθμός κλήσης της περιοχής, για τα εκτός Αττικής π.χ. 0661-32211
- ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΣΤΗΝ ΑΛΛΟΔΑΠΗ = Συμπληρώνεται μόνο από ασφ/νους εφόσον έχουν εργασθεί και ασφαλιστεί στην αλλοδαπή. Για κάθε χώρα, αναγράφεται (σε μία γραμμή) η ονομασία της χώρας, ο αριθμός μητρώου ασφάλισης στη χώρα αυτή και η τελευταία διεύθυνση κατοικίας.

Εκτύπωση: ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΑΒΕΕ Τηλ.: 24.41.953

Δήλωση έμμισθων θέσεων

Ο, Η ασφαλισμέν.................του ΤΣΑΥ με Α.Μ...ΕΠΩΝΥΜΟ...

ΟΝΟΜΑ.......................................ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ/ΣΥΖΥΓΟΥ...ΕΤΟΣ ΓΕΝ. ....

ΙΔΙΟΤΗΤΑ...ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ..ΤΗΛ. ....

Ζητώ να γίνει εκκαθάριση του ασφαλιστικού λογ/σμού μου. Για το σκοπό αυτό δηλώνω υπεύθυνα και γνωρίζοντας τις συνέπειες του νόμου για ψευδή δήλωση σε δημόσια αρχή, τα εξής:

Α. Υπάγομαι για υγειονομική περίθαλψη στην ασφάλιση του...

Β. Η οικογενειακή μου κατάσταση είναι σήμερα η επόμενη:..

	ΟΝΟΜΑ	ΧΡΟΝ. ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ (ΗΜΕΡΑ-ΜΗΝΑΣ-ΕΤΟΣ)	ΧΡΟΝΟΛΟΓΙΑ ΠΟΥ ΕΓΙΝΕ Ο ΓΑΜΟΣ	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	ΦΟΡΕΑΣ ΠΟΥ ΚΑΛΥΠΤΕΙ ΤΗΝ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΚΛ. ΥΓΕΙΑΣ
1) Συζύγου α΄γάμου					....
β΄γάμου					....
γ΄γάμου					....
2) Παιδιών α)					....
β)					....
γ)					....
δ)					....

Γ. Υπηρέτησα με σχέση εξαρτημένης εργασίας (μόνιμη, με σύμβαση ορισμένου ή αορίστου χρόνου, με θητεία κ.λπ.) στις υπηρεσίες Δημοσίου, ΝΠΔΔ, και ΝΠ ιδιωτικού Δικαίου:

α)..από...μέχρι...

β)..από...μέχρι...

γ)..από...μέχρι...

δ)..από...μέχρι...

ε)..από...μέχρι...

Δ. Εργάστηκα ως επιστημονικά υπεύθυνος τ...

Κλινικής, διαγνωστικού φαρμακείου ή φαρμακαποθήκης:

<u>ΕΠΩΝΥΜΙΑ</u> <u>ΝΟΜΙΚΗ ΜΟΡΦΗ (ΑΕ, ΟΕ, κ.λπ.)</u> <u>ΔΙΑΣΤΗΜΑ</u>

1)..από...................................μέχρι...........................

2)..από...................................μέχρι...........................

3)..από...................................μέχρι...........................

4)..από...................................μέχρι...........................

Ε. Υπήρξα Εταίρος / Μέτοχος στην εταιρεία (ιατρική, φαρμακευτική, οδοντιατρική, κτηνιατρική κ.λπ.) ή στην κλινική με την :

<u>ΕΠΩΝΥΜΙΑ</u> <u>ΝΟΜΙΚΗ ΜΟΡΦΗ (ΑΕ, ΟΕ, κ.λπ.)</u> <u>ΔΙΑΣΤΗΜΑ</u>

1)..από...................................μέχρι...........................

2)..από...................................μέχρι...........................

3)..από...................................μέχρι...........................

4)..από...................................μέχρι...........................

Είχα άδεια λειτουργίας της κλινικής με την επωνυμία...

ΣΤ. Άσκησα ελεύθερα το επάγγελμα από.......................................μέχρι...

Ζ. Απουσίασα στο εξωτερικό από...μέχρι..

Η. Διέκοψα το επάγγελμα από..μέχρι...

Δηλ.ώνω ακόμη, ότι κάθε μεταβολή της ανωτέρω ασφαλιστικής καταστάσεως (προσωπικής μου και των προστατευομένων μελών της οικογένειάς μου) θα την γνωστοποιήσω στην αρμόδια υπηρεσία του ΤΣΑΥ.

Έλαβα γνώση ότι η εκκαθάριση του ασφαλιστικού μου λογαριασμού δεν θα αφορά χρονικό διάστημα μετά την υποβολή της αίτησης και δηλώνω ότι θα καταβάλω τις τρέχουσες εισφορές.

Επίσης δηλώνω ότι ενημερώθηκα για την κατηγορία των μονοσυνταξιούχων.

Αθήνα..

ΠΡΟΣ ΤΟ ΤΣΑΥ

ΔΗΛΩΣΗ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

ΥΠΟΒΑΛΛΕΤΑΙ ΜΟΝΟ ΑΠΟ ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΥΣ Α.Μ.Σ. ....

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ...ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ..

Πόλη..Οδός..Αριθ........................Τ.Κ.............................

Α.Φ.Μ..Αριθ. Ταυτ...Εκδούσα Αρχή...

Ημερομηνία εκδόσεως ταυτότ. ....Τηλέφωνο..

Δηλώνω ότι:

1. Τα παρακάτω πρόσωπα με επιβαρύνουν οικονομικά σύμφωνα με τις ισχύουσες διατάξεις «για φορολογία εισοδήματος»,

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΣΥΓΓ. ΣΧΕΣΗ ΧΡΟΝ. ΓΕΝΝΗΣ. ΙΔΙΟΤΗΤΑ ΦΟΡ.ΑΣΦ

β. ....

γ. ....

2. Επιθυμώ να ασφαλιστώ για περίθαλψη στο ΤΣΑΥ και αναλαμβάνω την υποχρέωση να διαγραφώ από την περίθαλψη...

Υποβάλλω βεβαίωση διαγραφής.

3. Δεν επιθυμώ την υγειονομική περίθαλψη του ΤΣΑΥ γιατί ασφαλίζομαι για την ίδια αιτία στο

....

Υποβάλλω απόκομμα σύνταξης.

ΟΔΗΓΙΕΣ

Για να συμπληρώσετε σωστά τις ενδείξεις 2 ή 3 πρέπει να συμβουλευτείτε τις παρακάτω σημειώσεις:
ΟΙ ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΙ ΤΣΑΥ (γήρατος – ανικανότητας) που με την ιδιότητα του συνταξιούχου ασφαλίζονται και σε άλλο φορέα για περίθαλψη, μπορούν να επιλέξουν την περίθαλψη του ΤΣΑΥ ή του άλλου φορέα. ΟΙ ΧΗΡΕΣ που παίρνουν σύνταξη από το ΤΣΑΥ λόγου θανάτου και είναι ασφαλισμένες σε άλλο φορέα για περίθαλψη είτε ως εργαζόμενες είτε ως συνταξιούχοι γήρατος ή θανάτου, μπορούν να επιλέξου την περίθαλψη του ΣΤΑΥ ή του άλλου φορέα.
ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ πού παίρνουν σύνταξη από το ΤΣΑΥ λόγου θανάτου του πατέρα ή της μητέρας τους και τα οποία είναι ασφαλισμένα σε άλλο φορέα είτε ως εργαζόμενα είτε ως συνταξιούχοι γήρατος ή θανάτου., μπορούν να επιλέξουν την περίθαλψη του ΤΣΑΥ ή του άλλου φορέα.
Δεν μπορούν όμως να διαγραφούν από το ΤΣΑΥ για να υπαχθούν στην περίθαλψη του γονέα που ζει.

Αθήνα...

Υπογραφή

....



ΑΠΟ ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΤΥΠΟΓΡΑΦΕΙΟ
ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΟΥ 34 * ΑΘΗΝΑ 104 32 * ΤΗΛ. 210 52 79 000 * FAX 210 52 21 004
ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: http://www.et.gr – e-mail: webmaster@et.gr